CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IAȘI
Str. Gheorghe Asachi nr. 18 - 20, Iași 700483
Tel:0232-218 630; Fax:0232-218 641; TelVerde:0-800-800-983
E-mail: secretariat@hih.ro website: www.hih.ro

10554/02.06.2011

SESIUNE CONTRACTARE 2011 – UNITATI SANITARE CU PATURI

In vederea incheierii contractului de furnizare de servicii medicale spitalicesti pentru anii 2011-2012, va rugam sa ne transmiteti conform programarii anexate, urmatoarele documente:

1. **Cerere de contractare, pentru unitatea sanitara cu paturi, avizată de conformitatea documentelor din dosarul de evaluare de către cons. Compartiment Evaluare - Roxana BĂRBULESCU.**

2. **Documentatia de contractare conform structurii actuale a spitalului aprobate prin ordinul ministrului sanatatii, cu respectarea prevederilor din Anexa 17 din Ordinul MSP/CNAS nr. 864-538/2011 (format scris si electronic):**

A. INDICATORI CANTITATIVI în funcție de care se stabileşte capacitatea maximă de funcționare:
1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii;
3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel județean stabilit prin ordin al ministrului sănătății; nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor luat în calcul la stabilirea capacității maxime pentru toate spitalele este de 300 de zile;
4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secții, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;
5. durată optimă de spitalizare / durata de spitalizare efectiv realizată, după caz;
6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcționare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătății şi normativelor în vigoare, pe secții şi compartimente;
7. indice de complexitate a cazurilor;
8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr de cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;
9. numărul şi tipul investigațiilor paraclinice estimate a se realiza de către spital, în regim ambulatoriu;
10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat;
12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.
13. tarif pe zi de spitalizare.

B.INDICATORI SPECIFICI CALITATIVI :

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;
6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2010, sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.
7. nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manager interimar.
8. defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic.
9. numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate(necesar pentru contractarea serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi)

3. Documente spital – conform Anexei – opis care se va prezenta la depunerea dosarului:

-actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....;

-dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului ;

-cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare ..... ;

-contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau banca ;

-dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

-copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului

-lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

-lista materialelor sanitare utilizate pe perioada spitalizării;

-lista medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical;

-structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

-documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale în cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotarârea Guvernului nr. 1389/2010 :

1. Statul de funcţii + structura de personal conform anexei nr. 1
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2010
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010, valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice / serviciilor medicale clinice – consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii – pentru anul 2010.
5. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01.2010 şi la 31.12.2010.
6. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli – conform modelului din Anexa 16A precum şi calculul detaliat pe caz conform machetei din anexa nr. 2 la prezenta.

-declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că se folosesc protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;
-documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice;
-declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.
-copii la contractele privind efectuarea investigaţiilor paraclinice bolnavilor internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate în situaţiile în care spitalul nu deţine dotarea necesară;
-copii la contractele privind consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, pentru consultaţiile efectuate în alte unităţi sanitare;
-lista servicilor medicale efectuate în unitatea sanitară cu paturi care nu sunt suportate din Fondul naţional unic de asigurări de sănătate şi tarifele aferente.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

Documentele solicitate se vor aduce respectand ordinea de mai sus, indosariate in biblioraft - persoana de contact – **cons. Isabela Botolan.**

NOTA : Pentru ambulatoriul integrat clinic, paraclinic si de recuperare, documentele se vor depune in perioada de contractare conform opisului si procedurii afisate pe www.hih.ro, la persoana responsabila desemnata.

Programul de activitate al medicilor din ambulatoriul integrat prezentat la contractare va fi acelasi cu cel existent la data de 01-05-2011 , urmand ca eventuale modificari solicitate pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale in ambulatoriu sa se efectueze prin act aditional.

Presedinte-Director general,
Dr. Iulian SERBAN

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IAŞI
CAS IAŞI
NAS

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate
pentru specialităţile paraclinice
Nr.
Crt.
Cod Denumirea analizei Tarif maximal
decontat de
casa de
asigurări
de sănătate
- lei -
- Hematologie
1. 2.8070 Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1) 13,06
2. 2.8030 Examen citologic al frotiului sanguin*3) 17,35
3. 2.8100 VSH*1) 2,45
4. 2.8621 Timp Quick, activitate de protrombină*1) 6,73
5. 2.8603 INR*1) (International Normalised Ratio) 7,95
6. 2.8622 APTT 11,46
7. 2.8211 Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO *1) 7,03
8. 2.8212 Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1) 7,34
9. 2.8230 Anticorpi specifici anti Rh la gravidă *1) 7,03
- Biochimie
10. 2.1120 Uree serică*1) 5,46
11. 2.1130 Acid uric seric*1) 5,46
12. 2.1140 Creatinină serică*1), **) 5,52
13. 2.1510 Calciu ionic seric*1) 7,34
14. 2.1511 Calciu seric total*1) 5,00
15. 2.1570 Magneziemie*1) 5,00
16. 2.8390 Sideremie*1) 6,62
17. 2.1310 Glicemie*1) 5,35
18. 2.1420 Colesterol seric total*1) 5,35
19. 2.1404 Trigliceride serice*1) 6,56
20. 2.1441 HDL colesterol*1) 7,63
21. 2.1443 LDL*1) 7,17
22. 2.1020 Proteine totale serice*1) 6,56
23. 2.4600 TGO*1) 5,43

24. 2.4610 TGP*1) 5,46
25. 2.4720 Fosfatază alcalină*1) 7,26
26. 2.3210 Fibrinogenemie*1) 12,75
27. 2.4680 Gama GT 7,45
28. 2.1015 Bilirubină totală*1) 5,46
29. 2.1016 Bilirubină directă*1) 5,46
30. 2.4961 Electroforeza proteinelor serice*1) 14,16
31. 2.6021 VDRL*1) 5,12
32. 2.6022 RPR*1) 5,11
33. 2.6023 Confirmare TPHA*1), *4) 11,45
34. 2.1026 Hemoglobina glicozilată*5) 19,00
- Imunologie
35. 2.6250 ASLO*1) 10,70
36. 2.6692 Factor rheumatoid 8,70
37. 2.6691 Proteina C reactivă*1) 9,94
38. 2.6731 IgA, seric 13,76
39. 2.6732 IgE seric 13,32
40. 2.6733 IgM seric 14,07
41. 2.6734 IgG seric 13,76
42. 2430011 Complement seric C3 10,10
43. 2430012 Complement seric C4 10,10
44. 2.6206 Depistare Helicobacter Pylori 20,12
45. 2.5560 Testare HIV la gravidă *1) 31,02
46. 2.4060 TSH 19,10
47. 2.4040 FT4 19,41
48. 2.6392 Ag HBs (screening)*2) 29,03
49. 2.6201 Anti-HAV IgM*2) 38,19
50. 2.6204 Anti HCV*2) 60,48
51. 2.4321 FSH 22,20
52. 2.4322 LH 22,20
53. 2.4323 Estradiol 22,20
54. 2.4300 Cortizol 25,97
55. 2.4332 Progesteron 23,59
56. 2.4331 Prolactină 23,59
57. 2.43135 PSA - 21,50
58. 2.43136 free PSA 22,00
- Exudat faringian
59. 2.5061 Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)
15.44

- Analize de urină
60. 2.3450 Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)
8,70
61. 2.5063 Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru

culturi pozitive)
15.44
62. 2.2200 Determinare glucoză urinară*1) 5,00
63. 2.2030 Determinare proteine urinare*1) 5,00
- Examene materii fecale
64. 2.7120 Examen coproparazitologic (3 probe)*1) 11,61
65. 2.5064 Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru
culturi pozitive)
21,17
- Examene din secreţii vaginale
66. 2.5002 Examen microscopic 4,50
67. 2.9160 Examen Babeş-Papanicolau*1) 36,67
68. 2.5065 Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi
pozitive)
15.44
- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi
69. 2.5032 Examen microscopic / proba 4,50
70. 2.5066 Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv
antibiograma pentru culturi pozitive) / proba
15.44
- Examen lichid puncţie
71. 2.5033 Examen microscopic/frotiu 4,50
72. Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi
pozitive)
15.44
- Examinări histopatologice
73.
2.9000 Piesă prelucrată la parafină 28,57
74. 2.9021 Bloc inclus la parafină cu diagnostic
histopatologic
37,58
75. 2.9020 Diagnostic histopatologic pe lamă 16,96
76. 2.9010 Examen histopatologic cu coloraţii speciale 115,80
77. 2.9022 Citodiagnostic spută prin incluzii parafină 30,50
78. 2.9023 Citodiagnostic secreţie vaginală 30,50
79. 2.9024 Examen citohormonal 28,27
80. 2.9025 Citodiagnostic lichid de puncţie 30,50
81. 2.9030 Teste imunohistochimice*) 88,52/s

Personal angajat in spitalele publice/private contractante CAS Iasi*

unitatea cu paturi, finantare CAS

Nr.crt	Spital	Nr. Paturi	Personal angajat la 01,06,2011									
			Nr. medici	Nr. farmacisti	Alt personal superior: chimisti, biologi, psihologi, etc	Nr. personal sanitar mediu	*Personal auxiliar sanitar: infirmiere, brancard, agenti DDD, ingrijitoare	Pers **medical** (medici, farm, alt pers sup, pers sanit mediu, pers aux sanit)	Adm.	Nr. muncitori inclusiv paza	Pers **nemedical** (TESA, muncitori)	**Total general (medical + nemedical)**
IS...	Spitalul							0.00				**0.00**
TOTAL		**0**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**	**0.00**

*Personal auxiliar sanitar include: infirmiere, agenti DDD, brancardieri, spalatorese, baiesi: L330/2009, MO 762/2009 grila salarizare pag 38

Intocmit,

Spitalul.....

	nr medici cu contract de munca sau prestari servicii	nr minim de medici necesar pentru numarul de paturi aprobat si posibil de contractat, conform normativului de personal	**F1**
0	**1**	**2**	**3=1/2**
sectia 1 acuti			#DIV/0!
sectia 2 acuti			#DIV/0!
.....			#DIV/0!
.....			#DIV/0!
.....			#DIV/0!
total sectii acuti spital			

Manager, Dir financiar-contabil, Resurse umane,

Intocmit,
Nume, telefon, email

Anexa 3

Programare depunere dosar contractare

vineri, 10 iunie 2011		sambata, 11 iunie		luni, 13 iunie 2011		marti, 14 iunie 2011	
ora 9	Spital Providenta	ora 9	Spital clinic de obstetrica-ginecologie "CUZA-VODA"	ora 9	Spital clinic DR.C.I.PARHON IASI	ora 9,30	Spital clinic de urgenta "SF. SPIRIDON" IASI
ora 10	Arcadia Hospital	ora 10	Spital clinic de obstetrica-ginecologie "ELENA DOAMNA"	ora 10	Institutul de Cardiologie IASI	ora 11	Spital clinic de urgenta pentru copii SF.MARIA IASI
ora 11	Arcadia Cardio	ora 11	Spital clinic de boli infectioase "SF. PARASCHEVA"	ora 11	Spital clinic de Pneumoftiziologie Iasi	ora 12,30	Spital clinic de psihiatrie Socola Iasi
ora 12	Vital Memory	ora 12	Spital clinic de urgenta "PROF DR N OBLU" IASI	ora 12	Spital clinic de Recuperare Iasi	ora 14	Spital orasenesc HARLAU
ora 13	Spital de psihiatrie si pentru masuri de siguranta Padureni Grajduri						
ora 14	Spital municipal PASCANI						

ANEXA 2

FUNDAMENTARE TARIF SPITALIZARE DE ZI

SECȚIA:
TIP SERVICIU / GRUPA DE DIAGNOSTICE:

Nr. crt.	Denumire cheltuială	Valoare - lei -
1	Cheltuieli cu procedurile, investigațiile etc. (cf. desfășurătorului)	
2	Cheltuieli indirecte și generale de administrare	
3	TOTAL COSTURI (3=1+2)	

DESFĂȘURĂTOR AL CHELTUIELILOR CU PROCEDURILE ȘI INVESTIGAȚIILE :

Nr. crt.	Denumire procedura/investigatie/explorare/analiza/material/ medicament	Valoare - lei -
1	Radiografie	
2	CT craniu	
3	Examen histopatologic	
4	Anestezie	
5	Hemoleucograma completa	
..	....	
..	....	
	TOTAL	

NOTA:
* Pentru investigații, explorări, analize și proceduri, valoarea nu poate depăși tarifele maximale din normele la Contractul -cadru pe 20[illegible]
** În funcție de fundamentare se va negocia tariful mediu pe caz în regim de spitalizare de zi (total sau pe secții)

FUNDAMENTARE TARIF pentru cronici, acuti altii decat DRG

Sectia.....

1. Structura costurilor prestatiei

Nr. crt.	Denumire cheltuiala	Valoare, ron
1	Manopera directa	
2	Contributii	
3	TOTAL MANOPERA (3=1+2)	
4	Cheltuieli materiale	
5	TOTAL CHELTUIELI DIRECTE (5=3+4)	
6	Cheltuieli indirecte si generale de administrare	
7	TOTAL COSTURI (7=5+6)	
8	TOTAL TARIF ROTUNJIT	

2. Defasuratorul consumului de materiale

Nr. crt.	U.M.	Denumire material sanitar /medicament /investigatie	Cantitate	Pret unitar	Valoare neta
1		KIT			
2		VACUETTE			
3		AC RECOLTARE			
4		VATA			
5		ALCOOL SANITAR			
6		VARFURI PIPETA			
7		....			
8		....			
9		TOTAL			

NOTA: Pentru investigatii, explorari, analize tarifele nu pot depasi tarifele maximale din normele pentru ambulatoriul clinic.

Laborator Analize medicale

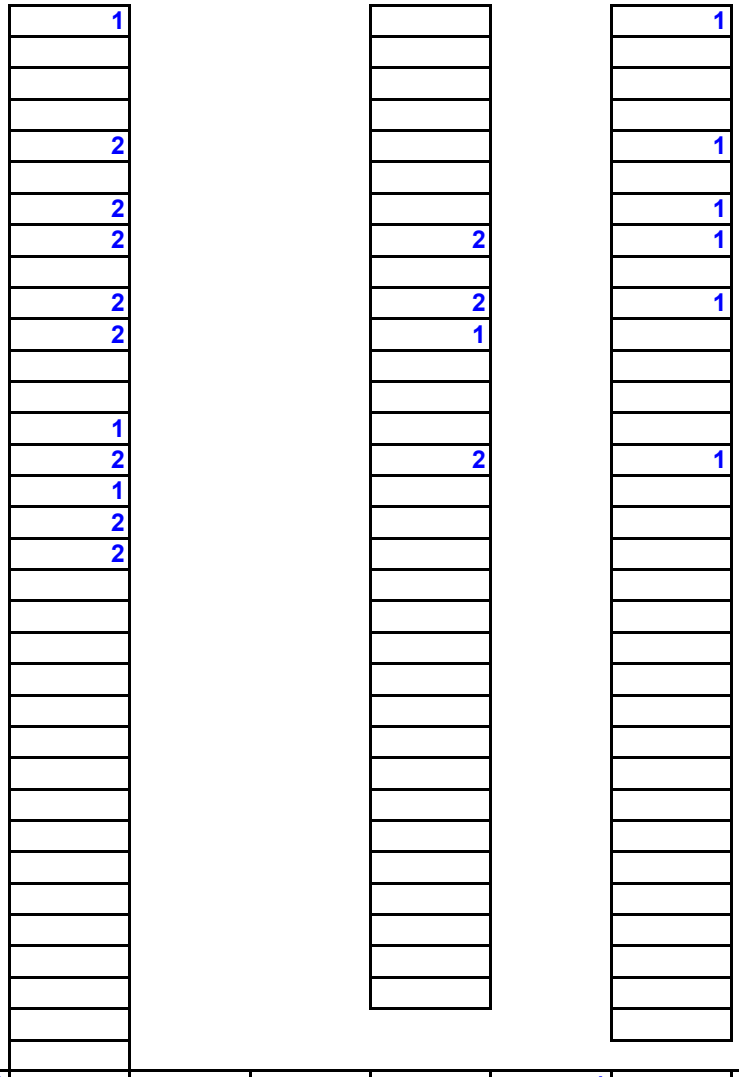
Estimare a numarului de analize contra cost si solicitari alte spitale pentru anul 2011

Cod si denumire analiza	Contracost	Fise solicitare Alte spitale si unitati sanitare
2.1002 Proteine ser + lichide de pc-tie	2	10
2.1003 Electroforeza prot.	0	0
2.1004 Albumina (lichide de punctie)	0	21
2.10054 Fibrinogen	0	0
2.1011 Uree	3	0
2.1012 Acid uric	0	0
2.1014 Creatinina serica	3	0
2.1015 Bilirubina totala	5	0
2.1016 Bilirubina directa	0	0
2.1020 Glucoza serica+lichide de pc-tie	5	21
2.10303 Colesterol total	3	0
2.10304 HDL Colesterol	0	0
2.10305 LDL Colesterol	0	0
2.10306 Trigliceride	1	0
2.10402 ALT(TGP)	5	0
2.10403 AST (TGO)	1	0
2.10406Gamaglutamiltranspeptid.(GGT)	2	0
2.10409 Fosfataza alcalina	2	0
2.10412 a Amilaza(serica +urinara)	0	0
2.10500 Sodiu	0	0
2.10501 Potasiu	0	0
2.10502 Clor ser + lichide de punctie	0	21
2.10503 Calciu total	0	0
2.10505 Magneziu	0	0
2.10506 Fier seric	0	0
2.1061 pH	0	0
2.1062 pO2	0	0
2.1063 pCO2	0	0
2.1065 Rez.alcalina	0	0
2.1066 pHCo3	0	0
2.2620 Analiza urina Combur test strip	0	0
2.271 Detectare hemoragii oculte	0	0
	0	0
	0	0
2.10053 CRP	2	1
2.2609 URINA /nr.detectare leucocite	5	2
2.2610 URINA detectare hematii	5	2
2.2616 citolog Addis	0	0
2.270 Ex.digestie	147	1
2.279 Alte ex.contin.intestEx.cit	147	1
2.2800 LCR Numarat.elem.nucleate	0	31
2.2801 citolog Alb.met.	0	23
2.2809 Alte investig. LCR	0	0
2.2810 L.pl, L.asc... nr	1	0
2.2811 citolog Alb.met	1	0
2.3000 Hc aerobe	6	3
2.3001 Hc anaerob	0	0
2.30100 GRAM LCR	0	18
2.30101 culturi LCR	0	41
2.30102 Latex agl. meningite LCR	0	8
2.30104 frotiuBAAR LCR	1	2

2.30105 cult BK LCR	0	3
2.30110 GRAM alte lichide	1	0
2.30111 culturi aerobe alte lichide	3	0
2.30112 culturi anaerobe alte lichide	0	0
2.30113frotiuBAAR alte lichide	0	0
2.30114 culturi BK alte lichide	0	0
2.30200 culturi aerobe cavitate bucala	0	0
2.30220 Exs.naz Staf portaj	1	0
2.30221 Exs.nazStrep portaj	1	0
2.30250 Exs.far.Strp βhemol	26	1
2.30255 Exs.far.Neiss.portaj	0	0
2.30300 Sputa/GRAM	0	0
2.30301 ex BAAR sputa	0	0
2.30302 cult.aerobe sputa	0	0
2.30340 Asp.traheal/GRAM	0	0
2.30341 Ex.BAAR Aspirat traheal	0	0
2.30342 cult.aerobe Aspirat traheal	0	0
2.30400 Secr.conjunct Gram	0	0
2.30401 ,, ,, culturi aerobe	0	0
2.3049 Alte examinari ochi cit AM	0	0
2.30510 Secr. otica GRAM	0	0
2.30511 culturi	0	0
2.3059 cit. AM.	0	0
2.30610GRAM BILA	0	0
2.30611 Culturi bila	0	0
2.30620 culturi Salmonella	387	645
2.30621 culturi Shigella	129	215
2.30622 culturi EPEC	0	0
2.30624 culturi EHEC	8	7
2.30630 culturi Campylobac	9	7
2.30631 culturi Yersinia	129	215
2.30632 culturi Vibrio	0	0
2.30633 culturi Staph	0	4
2.30634 culturi Clostridium	0	0
2.3069 frot AM,TIA,	0	0
2.30740 Sec.vaginalaGRAM	1	1
2.30741 culturi aerobe	3	3
2.3079 cit. AM	1	1
2.30800 Secr.uretr.frot. Gram barbati	0	0
2.30801 " " culturi aerobe " "	0	0
2.30900 Puroi /GRAM	3	4
2.30901 culturi aerobe	11	15
2.30902 culturi anaerobe	0	0
2.3099 citol. AM Alte ex.piele/tes.subcut	3	4
2.30910 Escara frotiu GRAM	0	1
2.30911 ,, ,, culturi aerobe	0	4
2.30920 Celulite Gram	0	0
2.30921 culturi aerobe Celulite	0	0
2.3100 Urina culturi aerobe	17	6
2.3101 " " ex.BAAR	0	0
2.3109 Alte ex tract urinar Frotiu Gram	5	2
2.31100 Prelevate biopsie Gram	0	0
2.31101 " " Ex. microscopica - BAAR	0	0
2.31102 " " Cultivare bacterii aerobe	0	0
2.31103 " "Cultivare bacterii anaerobe	0	0
2.31104 " " " " BK	0	0
2.50116 Prelevat biopsie cult. Fungi	0	0

2.31110 Prep.necrops.Gram	0	0
2.31111 Prep.necrops.BAAR	0	0
2.31112 post.mort.culturi aerob.	0	0
2.31120 Cateter virf culturi aerobe	0	0
2.3119 Alte tipuri de prelevate	0	0
2.31200 Ex.microscop.culturi bact	56	24
2.31201 Catalaza	4	4
2.31202 Oxidaza	32	11
2.31203 Bacitracina	0	0
2.31204 Optochin	0	0
2.31206 Coagulaza	2	4
2.31208 Teste mobilit.Enter.+ Bact I	39	2
2.31209 Alte teste primare	0	0
2.31210 Teste biochimice Enter+Bact I	351	55
2.31211 Aglutinare pe lama	6	0
231212 Latex aglutin.	4	0
2.31213 Stripuri identificare bacter.	0	0
2.31219 Alte teste suplimentare	0	0
2.3130 Antibiogram.difuz.ae	6	9
2.3132 Antibiograma automata	0	0
2.3133 Determ. Prod.de beta-lactamaza	2	7
2.3134 Determin.prod de ESBL	2	7
2.3135 Determin CMI	2	2
2.3225 Latex Rotavirus	4	0
2.40000 ASLO	0	0
2.40012 RPR	0	0
2.40013 TPHA	0	0
2.40207 Leptospira screen.	0	0
240208 Widall	0	0
240218 Wright	0	0
2.414 ELISA	75	2
Test rapid MNI	7	0
2.419 Alte: QuantiFeron	19	14
2.500 Ex.micologic nativ	147	1
2.50011 LCR cultivare fungi	0	0
2.501 Frotiu colorat fungi	1	0
2.50100 Hc.fungi	0	0
2.50102 culturi fungi EX.faringian	0	0
2.50104 culturi fungi Aspirat traheal	0	0

2.50108 cult.fungi Sputa	0	0
2.50110 culturi fungi Secret.conjunctiva	0	0
2.50114 culturi fungi Secretie vaginala	1	0
2.50119 culturi fungi Alte prelevate MF	0	0
2.502 tus China fungi	0	0
2.5020 Antifungigrama difuzimetrica	0	0
2.5021 Antifungigrama automata	0	0
2.503 Filamentare	1	0
2.504 Stripuri identificare automata	0	0
2.51010 Ex.ser fiziolog	147	1
2.51011 Ex.Lugol	147	1
2.51030 Ziehl-Neelsen modif	0	0
2.51039 Alte coloratii paraziti	0	0
2.5106 Amprenta anala	0	0
2.5107 lichid duodenal ex.micr.paraziti	0	0
2.5109 Kato Miura	0	0
2.5111 Ex.microsc.frotiu malarie	0	0
2.5112 Picatura groasa (malarie)	0	0
2.51300 ex direct paraziti secr.vaginala	0	0
2.51301 frotiu MGG secr.vaginala	0	0
2.51311 frotiu MGG secr.uretrala	0	0
2.51430 frot.Giemsa paraz lavaj bronho	0	0
2.60012 Hemoleuc automata	14	0
2.6002 Reticulocit	0	0
2.6003 FL	5	0
2.6004 FL	5	0
2.604 VSH	7	0
2.6050 Grup sg +.Rh	0	0
2.6100 TS	0	0
2.6101 Quick	2	0
2.611 TC+ Howel	0	0
2.6124 Lupus anticoagulant (screening)	0	0
2.7140Ex.citologic p-cţie ganglionara	0	0
2.714 Ex citologic alte prelevate	0	0



	1					1		
1	1		3					
1	1		3					
4	4	1	4	5	9	12	1	12
4	4	1	4	5	9	12	1	12
				1				
				1				
			6					
				1				

					1			
					3			
							1	24
9	9	0	3	6	27	15	3	33
3	3		1	2	9	5	1	11
			1	1		2		1
			1	1		2		4
3	3		1	2	9	5	1	11
					0			
								1
								3
								1
	1			1				
	3			4				
	1			1				
4	4		9					
1	1		3					

	16		11	4	0	4		12
			2					
	2	0	5	3	0	6		12
					1			
	2		2	2	1	12		2
	22		16	16	11	96		16
						2		
					2	1		
			2		3			
	2							
	2							
	2							
				1				
4	7	1	6	2	22			
			1		2	2		2
			2	2	5	7		
4	4	1	4	5	9	12	1	12

					1			
4	4	1	4	5	9	12	1	12
4	4	1	4	5	9	12	1	12
3	1	1	1	3	1	2	2	
				3		2		
				3		2		
	2	1			1	3		
2								
					2			

| Jan | Feb | | |

			2			1
1						
1						
1						
198	6	78	642	0		
66	2	26	214			
			0			
1	2		6			
	1		6			
66	2	26	214			
			0			
			4			
			0			
			0			
						1
						3
						1
1			1		1	2
4			3		4	8
1			1		1	2
						1
						4
						6
0						2

6	3		8		2	8
2					1	
1	3		2		1	3
1						3
18						
174			22			33
4						
1						
1					4	3
			2			3
			2			3
			2			
1	2					
	9	24				2
		3	1	3		3 6
67	2	26				
1						

1						
67	2	26				
67	2	26				

2			
2	3	3	3
2	3	3	3
2	3	3	3

1				
		0		
		0		
			1	
			1	
2		5		2
		5		2
		3		
				2
				10
				3

	1			
	0	0	3	**0**
			1	
			1	
			1	
			1	

	0	3	3	
		3		
	0	2	3	
		1		
		2		
		2		
		2		
		2		
1				
			1	

			1	
			1	

1. CERERE DE CONTRACTARE
pentru unitatea sanitară cu paturi, avizată de conformitatea documentelor din dosarul de evaluare de către cons. Compartiment Evaluare - Roxana BĂRBULESCU.

2. DOCUMENTAŢIA DE CONTRACTARE
conform structurii actuale a spitalului aprobate prin ordinul ministrului sănătăţii, cu respectarea prevederilor din Anexa 17 din Ordinul MSP/CNAS nr. 864-538/2011 format scris şi electronic):

A. INDICATORI CANTITATIVI
în funcţie de care se stabilesc capacitatea maximă de funcţionare:
1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate potrivit legii;
2. număr de paturi stabilit potrivit structurii orgarizatoice a spitalelor aprobate sau avizat după caz, de Ministerul Sănătăţi în, condiţiile legii;
3. nivelul optim al gradului de utilizare a paturilor şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătdţiin; nivelul optim al gradului de utilizarea paturilor luat în calcul la stabilirea capacităţii maxime pentru toate spitalele este de 300 de zile;
4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza nivelului optim al gradului de utilizare a paturilor pe tipuri de solicitare;
5. durată optimă de spitalizare/ durata de spitalizare efectiv realizată, după caz;
6. număr de cazuri externate – spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, potrivit structurii organizatoice a spitalului aprobată sau avizată, după caz de Ministerul Sănătăţii şi normativelor în vigoare, pe secţii şi compartimente;
7. indice de complexitatea cazurilor;
8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regimd de spitalizare de zi şi număr de cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;
9. numărul şi tipul investigaţiilor paraclinice estimate a se realiza de către spital, în regim ambulatoriu;
10. tarif pe caz rezolvat (DRG);
11. tarif mediu pe caz rezolvat;
12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.
13. tarif pe zi de spitalizare.

B. INDICATORI SPECIFICI CALITATIVI
1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;
2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile /compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;
4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;
6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2010 sau pentru perioada corespunzăotare, după caz.
7. nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au un manager interimar.
8. defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţă, acut, cronic.
9. numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate (necesar perntru contractarea serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi)

3. **DOCUMENTE SPITAL** – conform Anexei – opis care se va prezenta la depunerea dosarului:
- actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr.....;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. …….. valabilă la data încheierii contractului;
- cod de înregistrare fiscală – codul unic de înregistrare .. ..;
- contul nr. ..... , deschis la Trezoreria Statulu sau banca;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,
- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului
- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare.
- lista materialelor sanitare utilizate pe perioada spitalizării;
- lista medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică – utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCl-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical;
- structura orgaruzatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului;
- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A, la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicarea Contractului cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010:

1. Statul de funcţii + structura de personal conform anexei nr. 1
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2010

3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010, valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice / serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare gi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii - pentru anul 2010.
5. Stocul de medicamente materiale sanitare şi reactivi la 01.01. 2010 şi la 31.12.2010.
6. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2010 pe elemente de cheltuieli - conform modelului din Anexa 16, 4 precum şi calculul detaliat pe caz conform machetei din anexa nr. 2 la prezenta.
- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că se folosesc protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;
- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice;
- declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate ce îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare.
- copii la contractele privind efectuarea investigaţiilor paraclinice bolnavilor internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate în situafiile în care spitalul nu deţine dotarea necesară;
- copii la contractele privind consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, pentru consultaţiile efectuate în alte unităţi sanitare;
- lista servicilor medicale efectuate în unitatea sanitară cu paturi care nu sunt suportate din Fondul naţional unic de asigurări de sănătate şi tarifele aferente.
Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagini.
Documentele solicitate se vor aduce respectând ordinea de mai sus, îndosariate în biblioraft - persoană de contact - cons. Isabela Boţolan.

NOTĂ: Pentru ambulatoriul integrat clinic, paraclinic si de recuperare, documentele se vor depune în perioada de contractare conform opisului şi procedurii afişate pe www.hih.ro, la persoana responsabilă desemnată.
Programul de activitate al medicilor din ambulatoriul integrat prezentat la contractare va fi acelaşi cu cel existent la data de 01-05-2011, urmând ca eventuale modificări solicitate pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale în ambulatoriu să se efectueze prin act adiţional.

Lista si numarul investigatiilor de laborator efectuate in anul 2010

Cod Denumire analiza	Numar analize efectuat in anul 2010				
	Total		Spit. de zi	Spit. Continua	
2.1002 Proteine ser + lichide de pc-tie	8316		3791	4525	
2.1003 Electroforeza prot.	0		0	0	
2.1004 Albumina (lichide de punctie)	689		0	689	
2.10054 Fibrinogen	1752		384	1368	
2.1011 Uree	10208		3234	6974	
2.1012 Acid uric	11		1	10	
2.1014 Creatinina serica	10118		3183	6935	
2.1015 Bilirubina totala	16719		7766	8953	
2.1016 Bilirubina directa	200		61	139	
2.1020 Glucoza serica+lichide de pc-tie	13527		5046	8481	
2.10303 Colesterol total	7665		4160	3505	
2.10304 HDL Colesterol	13		1	12	
2.10305 LDL Colesterol	13		0	13	
2.10306 Trigliceride	1552		1104	448	
2.10402 ALT(TGP)	17179		7983	9196	
2.10403 AST (TGO)	3609		2174	1435	
2.10406Gamaglutamiltranspeptid.(GGT)	2453		1228	1225	
2.10409 Fosfataza alcalina	3398		1789	1609	
2.10412 α Amilaza(serica +urinara)	122		38	84	
2.10500 Sodiu	904		125	779	
2.10501 Potasiu	904		125	779	
2.10502 Clor ser + lichide de punctie	1588		125	1463	
2.10503 Calciu total	693		434	259	
2.10505 Magneziu	397		239	158	
2.10506 Fier seric	661		414	247	
2.1061 pH	706		107	599	
2.1062 pO2	565		83	482	
2.1063 pCO2	565		83	482	
2.1065 Rez.alcalina	706		107	599	
2.1066 pHCo3	0		0	0	
2.2620 Analiza urina Combur test strip	623		162	461	
2.271 Detectare hemoragii oculte	0		0	0	
Total biochimie	105856		43947	61909	
2.10053 CRP	852		265	587	
2.2609 URINA /nr.detectare leucocite	5429		967	4462	
2.2610 URINA detectare hematii	5429		967	4462	
2.2616 citolog Addis	0		0	0	
2.270 Ex.digestie	4289		822	3467	
2.279 Alte ex.contin.intestEx.cit	4289		822	3467	
2.2800 LCR Numarat.elem.nucleate	745		0	745	
2.2801 citolog Alb.met.	562		0	562	
2.2809 Alte investig. LCR	0		0	0	
2.2810 L.pl, L.asc... nr	59		0	59	
2.2811 citolog Alb.met	59		0	59	
2.3000 Hc aerobe	5339		57	5282	
2.3001 Hc anaerob	0		0	0	
2.30100 GRAM LCR	563		0	563	
2.30101 culturi LCR	1161		0	1161	
2.30102 Latex agl. meningite LCR	165		5	160	

2.30104 frotiuBAAR LCR	**116**		0	116	
2.30105 cult BK LCR	**122**		0	122	
2.30110 GRAM alte lichide	**59**		0	59	
2.30111 culturi aerobe alte lichide	**173**		0	173	
2.30112 culturi anaerobe alte lichide	**18**		0	18	
2.30113frotiuBAAR alte lichide	**22**		0	22	
2.30114 culturi BK alte lichide	**16**		0	16	
2.30200 culturi aerobe cavitate bucala	**8**		0	8	
2.30220 Exs.naz Staf portaj	**405**		344	61	
2.30221 Exs.nazStrep portaj	**405**		344	61	
2.30250 Exs.far.Strp βhemol	**7019**		2868	4151	
2.30255 Exs.far.Neiss.portaj	**19**		1	18	
2.30300 Sputa/GRAM	**233**		7	226	
2.30301 ex BAAR sputa	**257**		7	250	
2.30302 cult.aerobe sputa	**845**		27	818	
2.30340 Asp.traheal/GRAM	**12**		0	12	
2.30341 Ex.BAAR Aspirat traheal	**15**		0	15	
2.30342 cult.aerobe Aspirat traheal	**44**		0	44	
2.30400 Secr.conjunct Gram	**9**		2	7	
2.30401 ,, ,, culturi aerobe	**33**		8	25	
2.3049 Alte examinari ochi cit AM	**8**		2	6	
2.30510 Secr. otica GRAM	**13**		0	13	
2.30511 culturi	**40**		0	40	
2.3059 cit. AM.	**13**		0	13	
2.30610GRAM BILA	**0**		0	0	
2.30611 Culturi bila	**0**		0	0	
2.30620 culturi Salmonella	**9435**		1275	8160	
2.30621 culturi Shigella	**3173**		425	2748	
2.30622 culturi EPEC	**0**		0	0	
2.30624 culturi EHEC	**229**		16	213	
2.30630 culturi Campylobac	**440**		50	390	
2.30631 culturi Yersinia	**3173**		425	2748	
2.30632 culturi Vibrio	**0**		0	0	
2.30633 culturi Staph	**68**		18	50	
2.30634 culturi Clostridium	**0**		0	0	
2.3069 frot AM,TIA,	**28**		7	21	
2.30740 Sec.vaginalaGRAM	**23**		1	22	
2.30741 culturi aerobe	**70**		3	67	
2.3079 cit. AM	**25**		1	24	
2.30800 Secr.uretr.frot. Gram barbati	**4**		0	4	
2.30801 " " culturi aerobe " "	**11**		0	11	

2.30900 Puroi /GRAM	**224**		13	211	
2.30901 culturi aerobe	**784**		48	736	
2.30902 culturi anaerobe	**0**		0	0	
2.3099 citol. AM Alte ex.piele/tes.subcut	**232**		13	219	
2.30910 Escara frotiu GRAM	**20**		2	18	
2.30911 ,, ,, culturi aerobe	**68**		7	61	
2.30920 Celulite Gram	**0**		0	0	
2.30921 culturi aerobe Celulite	**0**		0	0	
2.3100 Urina culturi aerobe	**18169**		3092	15077	
2.3101 " " ex.BAAR	**12**		0	12	
2.3109 Alte ex tract urinar Frotiu Gram	**5430**		967	4463	
2.31100 Prelevate biopsie Gram	**5**		0	5	
2.31101 " " Ex. microscopica - BAAR	**0**		0	0	
2.31102 " " Cultivare bacterii aerobe	**0**		0	0	
2.31103 " "Cultivare bacterii anaerobe	**0**		0	0	
2.31104 " " " " BK	**0**		0	0	
2.50116 Prelevat biopsie cult. Fungi	**0**		0	0	
2.31110 Prep.necrops.Gram	**0**		0	0	
2.31111 Prep.necrops.BAAR	**0**		0	0	
2.31112 post.mort.culturi aerob.	**0**		0	0	
2.31120 Cateter virf culturi aerobe	**0**		0	0	
2.3119 Alte tipuri de prelevate	**0**		0	0	
2.31200 Ex.microscop.culturi bact	**12205**		3084	9121	
2.31201 Catalaza	**5303**		1527	3776	
2.31202 Oxidaza	**3330**		736	2594	
2.31203 Bacitracina	**368**		138	230	
2.31204 Optochin	**52**		1	51	
2.31206 Coagulaza	**1044**		219	825	
2.31208 Teste mobilit.Enter.+ Bact I	**4676**		1034	3642	
2.31209 Alte teste primare	**0**		0	0	
2.31210 Teste biochimice Enter+Bact I	**27347**		4186	23161	
2.31211 Aglutinare pe lama	**447**		33	414	
231212 Latex aglutin.	**700**		116	584	
2.31213 Stripuri identificare bacter.	**49**		0	49	
2.31219 Alte teste suplimentare	**0**		0	0	
2.3130 Antibiogram.difuz.ae	**2161**		437	1724	
2.3132 Antibiograma automata	**19**		0	19	
2.3133 Determ. Prod.de beta-lactamaza	**1037**		204	833	
2.3134 Determin.prod de ESBL	**1192**		237	955	
2.3135 Determin CMI	**703**		156	547	
2.3225 Latex Rotavirus	**559**		127	432	
2.40000 ASLO	**1082**		687	395	
2.40012 RPR	**105**		62	43	
2.40013 TPHA	**0**		0	0	
2.40207 Leptospira screen.	**74**		6	68	
240208 Widall	**15**		0	15	
240218 Wright	**11**		0	11	
2.414 ELISA	**3997**		2644	1353	
2.415 Test rapid mononucleoza	**308**		105	203	
2.419 Alte: QuantiFeron	**170**		2	168	
2.500 Ex.micologic nativ	**4289**		822	3467	
2.50011 LCR cultivare fungi	**54**		0	54	
2.501 Frotiu colorat fungi	**380**		0	380	
2.50100 Hc.fungi	**78**		0	78	

2.50102 culturi fungi EX.faringian	64		6	58	
2.50104 culturi fungi Aspirat traheal	12		0	12	
2.50108 cult.fungi Sputa	233		7	226	
2.50110 culturi fungi Secret.conjunctiva	4		0	4	
2.50114 culturi fungi Secretie vaginala	11		1	10	
2.50119 culturi fungi Alte prelevate MF	161		15	146	
2.502 tus China fungi	0		0	0	
2.5020 Antifungigrama difuzimetrica	0		0	0	
2.5021 Antifungigrama automata	3		1	2	
2.503 Filamentare	352		41	311	
2.504 Stripuri identificare automata	8		1	7	
2.51010 Ex.ser fiziolog	4289		822	3467	
2.51011 Ex.Lugol	4289		822	3467	
2.51030 Ziehl-Neelsen modif	24		1	23	
2.51039 Alte coloratii paraziti	0		0	0	
2.5106 Amprenta anala	0		0	0	
2.5107 lichid duodenal ex.micr.paraziti	0		0	0	
2.5109 Kato Miura	40		2	38	
2.5111 Ex.microsc.frotiu malarie	3		0	3	
2.5112 Picatura groasa (malarie)	3		0	3	
2.51300 ex direct paraziti secr.vaginala	0		0	0	
2.51301 frotiu MGG secr.vaginala	0		0	0	
2.51311 frotiu MGG secr.uretrala	0		0	0	
2.51430 frot.Giemsa paraz lavaj bronho	0		0	0	
2.60012 Hemoleuc automata	20194		6424	13770	
2.6002 Reticulocit	117		0	117	
2.6003 FL	3007		638	2369	
2.6004 FL	3007		638	2369	
2.604 VSH	4443		1462	2981	
2.6050 Grup sg +.Rh	265		3	262	
2.6100 TS	284		115	169	
2.6101 Quick	1785		680	1105	
2.611 TC+ Howel	239		102	137	
2.6124 Lupus anticoagulant (screening)	21		0	21	
2.7140Ex.citologic p-cţie ganglionara	0		0	0	
2.714 Ex citologic alte prelevate	0		0	0	
2.7162 centrif.lichide +ex.frot	619		0	619	
2.30810 Gram sperma	1		0	1	
2.30812 Culturi sperma	2		0	2	
2.3089 Albastru met tract genit masc.			0	0	
Total Microbiologie, Hematologie, Imunolo	197361		42222	155139	
Total Laborator	303217		86169	217048	

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă” de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B, C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit. D, specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

II. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

b) testarea PPD.

NOTĂ: În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit D specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lit. C – cap.I din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;
e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;
f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;
g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.
II. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
b) testarea PPD

NOTĂ: În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:
a) consilierea femeii privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

G. Servicii medicale curative:

Consultaţie pentru afecţiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament).

NOTA 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, în situaţia în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultaţii, pentru celelalte consultaţii până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate.

NOTA 2: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 3: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3 consultaţii.

NOTA 4: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 5: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale

cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă" de către medicul de familie - cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap.I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4): Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Servicii medicale profilactice /de prevenţie:

1. Consultaţii pentru urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a copilului prin examene de bilanţ:

a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
c) la 2 luni;
d) la 4 luni;
e) la 6 luni;
f) la 9 luni;
g) la 12 luni;
h) la 15 luni;
i) la 18 luni.
j) la 24 luni;
k) la 36 luni.

NOTĂ 1: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei. În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a Cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

NOTĂ 2: În cazul imunizărilor făcute în unitățile de învățământ preșcolar și școlar, medicul de familie desemnat de direcțiile de sănătate publică, va raporta doar serviciul de inoculare a vaccinului, fără consultație, în cazul în care persoanele imunizate nu sunt inscrise în lista proprie.

2. Consultaţii pentru servicii medicale de prevenţie:

a) examen anual de bilanţ al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani;

b) control medical periodic al asiguraţilor în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultaţie (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observaţie;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în luna în care este născut.

c) supravegherea periodică clinică a evoluţiei pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, si cuprinde: sfat medical, recomandări regim igieno-dietetic şi alte activităţi care nu se finalizează cu eliberarea de prescripţii medicale sau prescriere de investigaţii medicale paraclinice.

NOTĂ: Consultaţia pentru serviciile medicale prevăzute la lit. a) şi b) cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

3. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4 specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea ,se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atat pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

4. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

4.1. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

4.2. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

b) testarea PPD.

4.3. Vaccinări recomandate şi reglementate de Ministerul Sănătăţii ca acţiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 4.1 şi 4.2.

Nota: Consultaţia, inclusiv inocularea se raportează şi decontează numai pentru situaţiile în care inoculările nu au fost efectuate în condiţiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 şi Nota 3 de la pct. 3.

5. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

6. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

7. Servicii de promovare a sănătăţii

Educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, în situaţia în care au fost acordate

de către medicul de familie una sau două consultaţii, pentru celelalte consultaţii până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate."

NOTA 3: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 4: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 5: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 6: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

Nota 7:

1. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică a bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente consultaţiei, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultaţie în condiţiile prevăzute la pct. 1.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în Anexa nr.39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

E. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor - maximum 5 consultaţii/săptămână/medic.

NOTA 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Registrul de consultații” al cabinetului care va conţine: data şi ora vizitei, numele, prenumele şi CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria şi numărul), după caz.

NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficienţă cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.

NOTA 3: Pentru bolnavii cu afectiuni acute/subacute consultaţia la domiciliu se poate acorda asiguraţilor nedeplasabili şi copii 0 - 3 ani.

F. Servicii medicale paraclinice

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenţei şi a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii

se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în Anexa nr. 11.

G. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale, certificat constatator de deces (cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activităţi de suport sunt, după caz, consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

CAPITOLUL IV Dispoziţii finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenţei bolnavilor cu afecţiuni cronice se realizează conform listei de afecţiuni cuprinsă în Anexa nr. 39 A.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ şi din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistenţă medicală la domiciliu, medicamentele şi materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepţia celor asigurate de către alte instituţii în condiţiile legii.

3. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. I lit. A şi B şi la Cap. II lit. G. .

Pentru situaţiile care se încadrează la cap. II litera G, costurile investigaţiilor paraclinice recomandate şi al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

4. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - E sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la Cap. I în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie.

ANEXA 2

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1 (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate şi

plata prin tarif pe serviciu medical pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa nr. 1 la ordin, precum şi pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii .

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabileşte astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani şi peste
Număr de puncte/ persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1*): Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 59 ani).

NOTA 2*): În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate (copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredinţat sau dat în plasament şi de persoană instituţionalizată;

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani şi peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente; În situaţia contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

3. Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenţei medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici pe unitate administrativ-teritorială/zonă, este de 1.800.

4. Numărul maxim de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.

Excepţie fac situaţiile în care medicul cu listă proprie desfăşoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie, care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situaţia în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. E din cap. III din Anexa nr. 1 la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 şi 3.000 de persoane înscrise, programul se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscrişi mai mare de 3.000 programul se majorează cu 2 ore.

6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

6.2 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

6.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

6.4 În situaţia în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială / zonă cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscriși} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

b) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oras, comună) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comuna) - în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, chiar dacă la sfârşitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condiţiile art. 23 alin. (6).

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, venitul se stabileşte conform lit. a).

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situaţii:

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în

funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul „per capita” gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D şi lit. G (cu excepţia consultaţiei pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din Anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu medical se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

- consultaţie la domiciliu - 15 puncte;
- consultaţie la cabinet - 5,5 puncte.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăşi pentru activitatea desfăşurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultaţie este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5;
- în medie, o consultaţie la domiciliu/zi.

c) Serviciile cuprinse la cap.I, cap. II şi cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) şi b) şi pct. 3 - 6, lit. C, lit. E şi lit. G - numai consultaţia pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical .

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiţii:

a) medicamentele şi după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripţia medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie şi celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuţie

personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripţie medicală distinctă;

b) investigaţiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul, care se consemnează în fişa de consultaţie, în registrul de consultaţie şi în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potenţial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola şi raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliţie şi al autorităţilor publice locale.

d) În unităţile de învăţământ în care nu există medic şcolar sau în centrele de vaccinări, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnaţi la începutul anului de direcţiile de sănătate publică şi comunicaţi caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât şi de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligaţi să raporteze nominal şi pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinări şi în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

e) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; În aceste situaţii, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate si decontate de casele de asigurări de sănătate,în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în cazul în care pacientul face dovada de asigurat.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care nu este disponibil un medic fără obligaţii contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea şi de către medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani, vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în mod corespunzător, în funcţie de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele înscrise din lista proprie şi cele din lista medicului înlocuit. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absenţă, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi.

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita" şi pe serviciu medical aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligaţiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform Anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform Anexei nr. 5 la ordin.

(3) Convenţia de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă de persoane înscrise proprie şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajaţi, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajaţi se poate desfăşura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajaţi în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate declarat pentru medicul angajat.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) - încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenţie de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligaţiile şi drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit Anexei nr. 6 la ordin.

(2) În situaţia în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform Anexei nr. 3 la ordin şi înainte de data de expirare a convenţiei.

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenţie potrivit alin. (1) nu reuşeşte să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condiţiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/ zonă (oras, comună) - într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform Anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Pentru stabilirea valorii unui punct „per capita” şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical , fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2011 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comuna), pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct pe serviciu, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru luna iunie şi trimestrul III 2011. Pentru trimestrul IV 2011 valoarea punctului „per capita” va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea punctului „per capita” din trimestrul III 2011.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, pentru luna iunie şi trimestrul III 2011 este în valoare de 1,8 lei; pentru trimestrul IV 2011, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea minimă garantată din trimestrul III 2011.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata pe serviciu a medicilor de familie şi numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata per capita precum şi venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în Anexa nr. 2 A, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana, precum şi casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală (originalul), prin poştă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează o copie conform cu originalul a fişei medicală a acesteia, conform legii.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea punctului "per capita" şi la valoarea definitivă a punctului pe serviciu, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

(2) Absenţa motivată se ia în considerare pentru situaţiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum şi pentru următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, cu condiţia numirii unui înlocuitor pe bază de convenţie de reciprocitate sau convenţie de înlocuire, ale cărui număr de telefon şi adresă vor fi afişate la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite EMC, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către CMR. Pentru aceste situaţii medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa şi dotarea necesară, ecografii

generale (abdomen şi pelvis), la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfăşoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală primară.

Art. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru în mediul urban rezultat prin preluarea unui praxis, nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 18 Medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA 2 A

CERERE DE TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare VIZAT*),
_____/_____

Unitatea sanitară……
CUI……..
Sediu (localitate, str., nr.) ……
…….
Casa de Asigurări……..
Nr. contract / convenţie……

Medic de familie……
(semnătură şi parafă)

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) _____, cetăţenie_____ ,

C.N.P. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I , data naşterii_____, domiciliat(ă) în _____ str._____, nr._____, bl._____, sc._____, ap._____, jud./sector _____, act de identitate _____, seria_____, nr_____, eliberat de _____, la data_____, telefon _____, solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie_____ din unitatea sanitară_____ str_____ nr:_____ jud./ sector_____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.
Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / / Semnătura:
Domnului/Doamnei Doctor
_____

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

ANEXA 2 B

Furnizor de servicii medicale .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul*1 (a) ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de*2 .....

Subsemnatul*3 (a) ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară

pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de[*4] ....., pentru următorii medici de familie:

.....

NOTĂ:

*1 Pentru cabinetele medicale individuale

*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura şi ştampila

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară ....., organizat astfel:

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....
- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....
- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ..., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în Anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris şi sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile legii;

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" şi per serviciu, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total naţional de puncte realizate atât "per capita", cât şi pe serviciu, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

i) să ţină evidenţa distinctă a persoanelor asigurate de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă; pentru asiguraţii care se află în evidenţa Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi a Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calităţii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic. Pentru

persoanele asigurate care se află în evidenţa caselor de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, confirmarea calităţii de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;

j) să informeze asiguraţii cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

n) să monitorizeze perioadele de absenţă a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, şi să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

3. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit

gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris;

4. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

7. să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situaţia în care nu se respectă această obligaţie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreşte să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului şi condiţiilor prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

8. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii, sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

10. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie

medicamentele cu şi fără contribuţie personală, de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

12. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

13. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate , atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

17. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

18. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …......, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

19. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

21. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraţilor fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

23. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

24. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

28. să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

29. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

32. să întocmească bilet de trimitere către societăţi de turism balnear şi de recuperare şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită

efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale ~~nu~~ au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurari de sanatate dacă pacientul face dovada calității de asigurat;

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unci de asigurări sociale de sănătate.

35. să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare şi să raporteze această evidenţă casei de asigurări de sănătate, atât la contractare – lista, cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenţia încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor şi care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

38. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul.

40. sa informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate, in condiţiile legii;

41. să efectueze si sa raporteze vaccinările obligatorii prevăzute in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sănătăţii

42. să informeze părinţii asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sanatatii; in cazul in care medicul recomanda parintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decat cel asigurat in cadrul Programului national de imunizari, acesta are obligatia de a solicita consimtamantul informat al parintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

43. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publica

44. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 -2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comună) - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comună) - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru luna iunie şi trimestrul III 2011. Pentru trimestrul IV 2011 valoarea punctului „per capita” va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea punctului „per capita” din trimestrul III 2011.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%*)

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie

b) cu gradul profesional:

- medic primar .....%
- medic care nu a promovat un examen de specialitate .....%

2). În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

d) În situaţia în care cabinetul medical se află într-o zonă/ unitate administrativ-teritorială, cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, şi pentru luna iunie şi trimestrul III 2011 este în valoare de 1,8 lei;

pentru trimestrul IV 2011, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea minimă garantată din trimestrul III 2011.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

2. .....

b) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

---

*) În cazul cabinetelor medicale individuale.

1. Asistent medical

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

2. .....

c) .....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la valoarea pentru un punct "per capita" respectiv la valoarea

minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcţie de valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%;

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 39, 41, 42 şi 43 se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, cu 10%.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(6) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) şi (5) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) şi (5) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (3), (4) şi (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), (4) şi (5) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia / acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin. (3) şi (4) pentru oricare situaţie, precum şi o dată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 9 alin. (5).

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării şi cele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora .

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denunţarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situaţie: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menţine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administativ-teritorială/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) In cazul în care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) După reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract,

prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurări de sanatate este înştiinţată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurari de santate ~~si~~ care se află în această situaţie.

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 8, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 16 Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 17 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

ART. 21 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile legate de încheiere, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....
Director executiv al
Direcţiei economice,
.....
Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functionează sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

- dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;
- lista, pe suport de hârtie şi în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniţi şi numai în format electronic pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent
- declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare
- lista bolnavilor cu afecţiunile cronice conform evidenţei organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Dr. .....,
(numele şi prenumele)

reprezentant legal al cabinetului medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţ/sector ....., telefon: fix, mobil, ... adresa de e-mail ..... fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal .....

Medicul înlocuit .....

(numele şi prenumele)

şi

Medic înlocuitor .....,

(numele şi prenumele)

Codul de parafă .....

Codul numeric personal .....

cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei:

1. Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contractul nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie ..... .

2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.

III. Motivele absenţei

1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....

2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an .....

3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .....

4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....

IV. Locul de desfăşurare a activităţii

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....

V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" şi pe serviciu medical pentru perioada de absenţă se virează de Casa de Asigurări de Sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ....., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor ..... lei/lună.

2. Termenul de plată .....

3. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,	Medicul înlocuitor
.....	.....

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă în limita a două luni/an.

ANEXA 5
- model -

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între casa de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon: fix, mobil ..... adresa de e-mail ..... fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

pentru

Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)

din cabinetul medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare
....., al cărui reprezentant legal este: .....,
(numele şi prenumele)
având codul numeric personal nr. .....

şi

Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)

Codul de parafă .....

Codul numeric personal .....

Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei

Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contract nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....

III. Motivele absenţei:

1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an .....

2. concediu de sarcină sau lehuzie .....

3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani .....

4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....

5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....

6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....

7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfăşurare a activităţii

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea.

V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" şi pe serviciu aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca .....

2. Pentru punctajul "per capita" se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.

3. Termenul de plată .....

4. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi un exemplar revine medicului înlocuitor.

```
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE                    Medicul înlocuitor,
Preşedinte - director general,                   ..................
.............................
Director executiv al Direcţiei economice           De acord,
.................................              Reprezentant legal al
                                               cabinetului medical**)
                                                 ......................
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
................................................
                Vizat
          Juridic, Contencios
```

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

**) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

CONVENŢIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin .....,

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., adresă de e-mail .....,

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

IV. Durata convenţiei

ART. 3 Prezenta convenţie este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze medicilor de familie nou-veniţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate, la termenele prevăzute în convenţie, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, venitul, conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web proprii precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

d) să acorde furnizorului de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare, notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de încheiere a convenţiilor şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative prin publicare pe pagina web proprii;

g) să informeze asiguraţii cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare,.

j) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Art. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris;

3. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultaţie, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

6. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenţiei, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului

medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii, sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul.

8. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

10. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

11. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

12. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

14. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

15. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat

prin prezenta convenţie şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenţiei.

16. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei;

17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

18. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraţilor fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

20. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

21. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

25. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

26. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenţiei de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, atât pe suport de hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală

pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

28. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăţi de turism balnear şi de recuperare, şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorul de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurari de sanatate;

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi să raporteze această evidenţă la casa de asigurări de sănătate, la sfârşitul primei luni - lista cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

34. în cazul încetării/rezilierii convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către

medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor şi care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

35. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

36. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul.

38. să îşi constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale şi să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate, in condiţiile legii;

40. să efectueze si sa raporteze vaccinările obligatorii prevăzute in cadrul Programului naţional de imunizare al Ministerului Sănătăţii;

41. să informeze părinţii asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului naţional de imunizare al Ministerului Sănătăţii; in cazul in care medicul recomanda părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat in cadrul Programului naţional de imunizări, acesta are obligaţia de a solicita consimţământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

42. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publică;

43. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 6 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulţit cu 1,5.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....
Codul de parafă a medicului .....
Program de lucru .....
Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei
Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%
Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei
Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....
b) Medic de familie nou-venit
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă a medicului .....
Program de lucru .....
Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei
Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%
Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei
Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....
Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.
c) .....
.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezenta convenţie precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului, fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 5 pct. 7 se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care, în derularea convenţiei, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 37, 38, 40, 41 şi 42, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru pentru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu

modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform convenţiei, nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 8 Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenţii trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 10 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea convenţiei

ART. 11 Convenţia de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenţiei de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia/acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) o dată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin. (1) şi (2) pentru oricare situaţie, precum şi odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 7 alin. (3).

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenţie prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenţia se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate şi cele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiei încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora.

i) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentei convenţii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

ART. 12 (1) Convenţia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei cu care de află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denunţarea unilaterala a convenţiei de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenţiei în condiţiile art. 13 alin. (1) lit. d) – cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care convenţia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii

contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii conventiei.

(3) In cazul in care convenţia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din conventie a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii conventiei.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care conventia/contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru.

ART. 13 (1) Convenţia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a convenţiei;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiinţată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în convenţie, care se află în situaţia descrisă anterior.

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei de la art. 5 pct. 6, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a convenţiei; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform convenţiilor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 14 Situaţiile prevăzute la art. 11 şi la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2), a3), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) şi d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

XI. Corespondenţa

ART. 15 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenţiei

ART. 16 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 17 Dacă o clauză a acestei convenţii ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenţiei nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului convenţiei.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezenta convenţie vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezenta convenţie de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....
Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei
relaţii contractuale
.....
Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la conventia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie conventia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,

- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functionează sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;

Documentele necesare încheierii convenţiei, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice şi de medicină dentară

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice

A. Pachetul minimal de servicii medicale

a) Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. În situaţia în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

b) Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament).

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt

consemnate ca „urgenţă” de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 3: Se raportează şi se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

NOTA 4: Consultaţia prevăzuta la lit. a), include toate serviciile medicale necesare, în limita competenţei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situaţiei care pune în pericol viaţa pacientului şi/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depăşesc posibilităţile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate

B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

a) serviciile cuprinse la lit. A <<Pachetul minimal de servicii medicale>>;

b) servicii medicale curative:

Consultaţie pentru afecţiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament). Pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultaţie, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultaţii sau poate acorda o singură consultaţie şi poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;

- dacă medicul de familie a acordat două consultaţii, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultaţie.

NOTA 1: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 2: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 3: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 4: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial."

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală (contract sau convenţie) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare cazurile de urgenţă medico-chirurgicală şi consultaţiile pentru afecţiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A, serviciile de medicină dentară, precum şi serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie şi planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului

european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultaţiile şi serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua şi a treia consultaţie în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Consultaţia medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice.
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare;

Nota I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pe asigurat, şi necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultaţie, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultaţii sau poate acorda o singură consultaţie şi poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;
- dacă medicul de familie a acordat două consultaţii, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultaţie şi nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.

Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută /subacută.

În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultaţia pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultaţiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;
- la externare, inclusiv după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore şi scoaterea firelor, scoaterea ghipsului."

Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, după caz.

Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Nota II: pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente, trimestrial sau lunar;

2. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică a bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente consultaţiei, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultaţie în condiţiile prevăzute la pct. 1.

3. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

4. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Nota III: Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament), în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. În situaţia în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă” de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează şi se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi rezolvată la nivelul cabinetului.

Numărul de puncte pe consultaţie, valabil pentru pachetele de servicii:

		Număr puncte pentru specialităţi medicale	Număr puncte pentru specialităţi chirurgicale
a.	Consultaţia copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b.	Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrica a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	32,40 puncte	-
c.	Consultaţia peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d.	Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrica peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-
e.	Consultaţia de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-
f.	Consultaţia de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	21,6 puncte	-
g.	Consultaţia de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani şi peste, numărul de puncte corespunzător consultaţiei se majorează cu 2 puncte.

C2. Specialităţile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic şi serviciile diagnostice şi terapeutice (numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte:

I. Specialitati clinice:

Nr. Crt.	
1.	Alergologie şi imunologie clinică
2.	Boli infecţioase
3.	Cardiologie
4.	Chirurgie cardiovasculară
5.	Chirurgie generală
6.	Chirurgie pediatrică
7.	Chirurgie plastică şi microchirurgie reconstructivă
8.	Chirurgie toracică
9.	Dermatovenerologie
10.	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
11.	Endocrinologie
12.	Gastroenterologie
13.	Genetică medicală

14.	Geriatrie şi gerontologie
15.	Hematologie
16.	Medicină internă
17.	Nefrologie
18.	Neonatologie
19.	Neurochirurgie
20.	Neurologie
21.	Neurologie pediatrică
22.	Oncologie medicală
23.	Obstetrică-ginecologie
24.	Oftalmologie
25.	Otorinolaringologie
26.	Ortopedie şi traumatologie (inclusiv pediatrica)
27.	Pediatrie
28.	Pneumologie
29.	Psihiatrie
30.	Psihiatrie pediatrică
31.	Reumatologie
32.	Urologie
33.	Chirurgie vasculară
34.	Radioterapia(* *) Numai ca si consultatie de control, maxim 1 la 3 luni pentru pacientii care au beneficiat de radioterapie
35.	Chirurgie orală şi maxilo-facială(** **) Nu se raportează în vederea decontării consultaţiile şi serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

II. Serviciile diagnostice simple şi complexe şi serviciile terapeutice/ tratamente chirurgicale şi medicale:

1. Servicii diagnostice simple: - punctajul aferent acestor servicii este de 11 puncte/procedură	
1.1.	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
1.2.	Biometrie
1.3.	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
1.4.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau
1.5.	Examen electromiografic
1.6.	Examen electroneurografic
1.7.	EEG standard
1.8.	EKG de efort
1.9.	Spirometrie
1.10.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
1.11.	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv şi negativ);
1.12.	Teste de provocare nazală, oculară, bronşică ;
1.13	Teste cutanate cu agenţi fizici (maximum 4 teste)
1.14.	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
1.15.	Audiograma tonala liminara
1.16.	Audiograma vocala

	2. Servicii diagnostice complexe: - punctajul aferent acestor servicii este de 17 puncte/procedură
2.1.	Colonoscopie
2.2.	Determinarea refracţiei (skiascopie, refractometrie,autorefractometrie), astigmometrie
2.3.	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
2.4.	Explorarea funcţiei binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie
2.5.	Foniatrie ORL
2.6.	Puncţie-biopsie osoasă cu amprentă
2.7.	Puncţie sinusală
2.8.	Puncţie aspirat de măduvă osoasă
2.9.	Tonometrie; pahimetrie corneeană
2.10.	Uretroscopie ambulatorie
2.11.	Determinarea potenţialelor evocate vizuale
2.12.	Determinarea potenţialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
2.13.	Determinarea potenţialelor evocate somatoestezice
2.14.	Bronhoscopia
2.15.	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare si/sau mapping
2.16.	Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale(Doppler, echotomografie şi tehnici derivate)
2.17.	Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate
2.18.	Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
2.19.	Video - electroencefalografie
2.20	EKG continuu (24 ore, Holter)
2.21	Holter TA

	3. Servicii terapeutice / tratamente chirurgicale: - punctajul aferent acestor servicii este de 23 puncte/procedură
3.1	Infiltraţii peridurale
3.2	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
3.3	Ablaţia unui polip sau fibrom cervical
3.4	Bandare varice esofagiene
3.5	Conizaţia cu ansă diatermică sau cu bisturiul
3.6.	Criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală – transschelară
3.7.	Cură chirurgicală a othematomului
3.8.	Dilataţia stricturii uretrale
3.9.	Extracţie de corpi străini
3.10.	Extracţie endoscopică corpi străini
3.11.	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
3.12.	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
3.13.	Manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col
3.14	Polipectomie endoscopică gastrică
3.15	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană

3.16.	Polipectomie endoscopică colonică
3.17	Secţiunea optică a stricturii uretrale
3.18	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
3.19	Terapia chirurgicală a abcesului de părţi moi
3.20	Terapia chirurgicală a abcesului perianal
3.21	Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
3.22	Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
3.23	Terapia chirurgicală afecţiunilor mamare superficiale
3.24	Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
3.25	Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr.I şi gr. II)
3.26	Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
3.27	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
3.28	Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
3.29	Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
3.30	Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
3.31	Terapia chirurgicală a furunculului, Furunculului antracoid, furunculozei
3.32	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
3.33	Terapia chirurgicală a hematomului
3.34	Terapia chirurgicală a hidrosadenitei
3.35	Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%
3.36	Terapia chirurgicală a panariţiului eritematos
3.37	Terapia chirurgicală a panariţiului flictenular
3.38	Terapia chirurgicală a panariţiului periunghial şi subunghial
3.39	Terapia chirurgicală a panaritiului antracoid
3.40	Terapia chirurgicală a panaritiului pulpar
3.41	Terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval
3.42	Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrita, supuraţii, microangiopatie)
3.43	Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)
3.44	Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
3.45	Terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii
3.46	Terapia chirurgicală a supuraţiilor mamare profunde)
3.47	Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
3.48	Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
3.49	Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
3.50	Tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces,xantelasme)
3.51	Tratamentul chirurgical al pingueculei
3.52	Tratamentul chirurgical al pterigionului
3.53	Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; retuşuri de bont.
3.54	Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi
3.55	Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia)pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
3.56	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate – plăgi tăiate superficial, înţepate superficial (anestezie, excizie, sutură - inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
3.57	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
3.58	Tratament chirurgical ORL colecţie: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE

3.59	Tratament chirurgical al traumatismelor ORL

	4. Servicii terapeutice / tratamente medicale - punctajul aferent acestor servicii este de 13 puncte / procedură
4.1	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
4.2	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
4.3	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
4.4	Tratament cu laser al polului posterior
4.5	Tratamentul cu laser al polului anterior
4.6	Aerosoli/caz
4.7	Crioterapia/şedinţă
4.8	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate
4.9	Psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv-compusive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii);
4.10	Psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv-compusive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii);
4.11	Blocaje nervi periferici
4.12	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
4.13	Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenţie completă de urină
4.14	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)
4.15	Tamponament posterior si/sau anterior ORL
	Tratamente ortopedice medicale
4.16.	Tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.
4.17	Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromio-claviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară.
4.18.	Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.
4.19	Tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viata
4.20	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viata
4.21	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.
4.22.	Puncţii şi infiltraţii intraartriculare.,

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialităţi chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialităţii/competenţelor confirmate de Ministerul Sănătăţii.

Serviciile de la poz. 3.2, 3.19, 3.31, 3.36 – 3.39, 3.47, 3.48 şi 3.56 pot fi raportate şi de medicii cu specialitatea dermatovenerologie.

NOTA 2: Serviciile de la pct. 1, 2 şi 4 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor de specialitate care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialităţii/competenţelor confirmate de Ministerul Sănătăţii.

C3. Competenţele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru şi normelor, sunt:

a) planificare familială,

b) fitoterapie,
c) homeopatie,
Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultaţiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul C1.
Pentru fitoterapie şi homeopatie, casele de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultaţii pentru fiecare caz/diagnostic.
C4. În baza competenţei/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Asiguraţii au dreptul la o consultaţie cu un tarif de 13 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 consultaţii/cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.
O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament şi în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

C5. Servicii conexe actului medical pentru servicii conexe furnizate de psihologi şi logopezi - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialităţi clinice:
- neurologie şi neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,
- precum si alte specialitati clinice pentru boli cronice prevazute in Anexa 39 A lit A si C pentru atingerea obiectivelor stabilite in planului terapeutic individualizat si consemnate in documentele medicale, astfel:

pentru punctul 1 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate oncologie medicală şi hematologie.

pentru punctul 2 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice.

pentru punctele 3 şi 4 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate din ambulatoriul spitalelor clinice care monitorizează starea posttransplant şi bolile rare.

Pentru litera C din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate de nefrologie.

Lista serviciilor conexe şi punctele aferente acestora sunt:

a) Neurologie şi Neurologie pediatrică	
a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică)	19 puncte
Psihodiagnostic	19 puncte
a2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
- consultaţie logopedie	11 puncte
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
investigarea psihoacustică a vocii	6 puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	9 puncte
b2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
consultaţie	11 puncte
exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	9 puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică	4 puncte
psihodiagnostic	19 puncte

```
c2) serviciile conexe furnizate de logoped
consultaţie                                                    11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru
bolile cronice din Anexa 39A litera A:
consiliere psihologică (adulti / copii)                        19 puncte
```

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse în tabelul de la capitolul II ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenţei şi a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTA 2: În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale - consultaţii aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialităţile cardiologie şi medicină internă pot efectua serviciul monitorizare şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua această investigaţie în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie şi/sau medicină internă şi dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale din specialităţile cardiologie şi medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice			
Nr. Crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie			
1.	2.8070	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2.	2.8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
3.	2.8100	VSH*1)	2,45
4.	2.8621	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73

5.	2.8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
6.	2.8622	APTT	11,46
7.	2.8211	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO *1)	7,03
8.	2.8212	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,34
9.	2.8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă *1)	7,03
- Biochimie			
10.	2.1120	Uree serică*1)	5,46
11.	2.1130	Acid uric seric*1)	5,46
12.	2.1140	Creatinină serică*1), **)	5,52
13.	2.1510	Calciu ionic seric*1)	7,34
14.	2.1511	Calciu seric total*1)	5,00
15.	2.1570	Magneziemie*1)	5,00
16.	2.8390	Sideremie*1)	6,62
17.	2.1310	Glicemie*1)	5,35
18.	2.1420	Colesterol seric total*1)	5,35
19.	2.1404	Trigliceride serice*1)	6,56
20.	2.1441	HDL colesterol*1)	7,63
21.	2.1443	LDL*1)	7,17
22.	2.1020	Proteine totale serice*1)	6,56
23.	2.4600	TGO*1)	5,43
24.	2.4610	TGP*1)	5,46
25.	2.4720	Fosfatază alcalină*1)	7,26
26.	2.3210	Fibrinogenemie*1)	12,75
27.	2.4680	Gama GT	7,45
28.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,46
29.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,46
30.	2.4961	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
31.	2.6021	VDRL*1)	5,12
32.	2.6022	RPR*1)	5,11
33.	2.6023	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
34.	2.1026	Hemoglobina glicozilată*5)	19,00
- Imunologie			
35.	2.6250	ASLO*1)	10,70
36.	2.6692	Factor rheumatoid	8,70
37.	2.6691	Proteina C reactivă*1)	9,94
38.	2.6731	IgA, seric	13,76
39.	2.6732	IgE seric	13,32
40.	2.6733	IgM seric	14,07

41.	2.6734	IgG seric	13,76
42.	2430011	Complement seric C3	10,10
43.	2430012	Complement seric C4	10,10
44.	2.6206	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
45.	2.5560	Testare HIV la gravidă *1)	31,02
46.	2.4060	TSH	19,10
47.	2.4040	FT4	19,41
48.	2.6392	Ag HBs (screening)*2)	29,03
49.	2.6201	Anti-HAV IgM*2)	38,19
50.	2.6204	Anti HCV*2)	60,48
51.	2.4321	FSH	22,20
52.	2.4322	LH	22,20
53.	2.4323	Estradiol	22,20
54.	2.4300	Cortizol	25,97
55.	2.4332	Progesteron	23,59
56.	2.4331	Prolactină	23,59
57.	2.43135	PSA -	21,50
58.	2.43136	free PSA	22,00
- Exudat faringian			
59.	2.5061	Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Analize de urină			
60.	2.3450	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
61.	2.5063	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
62.	2.2200	Determinare glucoză urinară*1)	5,00
63.	2.2030	Determinare proteine urinare*1)	5,00
- Examene materii fecale			
64.	2.7120	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
65.	2.5064	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examene din secreţii vaginale			
66.	2.5002	Examen microscopic	4,50
67.	2.9160	Examen Babeş-Papanicolau*1)	36,67
68.	2.5065	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi			
69.	2.5032	Examen microscopic / proba	4,50
70.	2.5066	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive) / proba	15.44
- Examen lichid puncţie			

71.	2.5033	Examen microscopic/frotiu	4,50
72.		Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examinări histopatologice			
73.	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	28,57
74.	2.9021	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
75.	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
76.	2.9010	Examen histopatologic cu coloraţii speciale	115,80
77.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
78.	2.9023	Citodiagnostic secreţie vaginală	30,50
79.	2.9024	Examen citohormonal	28,27
80.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie	30,50
81.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice			
82.	Ex. radiologic cranian standard 1 incidenţă *1)		11,96
83.	Ex. radiologic cranian în proiecţie specială*1)		16,22
84.	Ex. radiologic părţi schelet în 2 planuri*1)		15,41
85.	Ex. radiologic bazin*1)		15,90
86.	Radiografie de membre*1)		14,76
87.	Ex. radiologic centură scapulară*1)		15.90
88.	Ex. radiologic alte articulaţii fără substanţă de contrast sau funcţionale cu TV*1)		14,59
89.	Ex. radiologic părţi coloană dorsală*1)		19,51
90.	Ex. radiologic părţi coloană lombară*1)		19,51
91.	Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)		32,63
92.	Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidenţă*1)		28,69
93.	Ex. radiologic torace ansamblu 1)		25,08
94.	Ex. radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri / Ex. radiologic torace şi organe toracice *1)		24,76
95.	Tomografia plană		52,15
96.	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ *1)		15,41
97.	Ex. radiologic esofag ca serviciu independent		20,67
98.	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast *1)		46,91
99.	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanţa de contrast		71,50
100.	Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subţire pe sonda duodenală		82,82
101.	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare		44,76
102	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast		188,99
103	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast		237,95
104	Pielografie		229,57
105	Ex.radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast		188,09

106	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast	191,05
107	Ex. radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast	259,73
108	Radiografie retroalveolară	7,03
109	Radiografie panoramică	25,08
110	Osteodensitometrie segmentară/segment	24,00
111	Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
112	CT craniu fără substanţă de contrast	87,72
113	CT regiune gât fără substanţă de contrast	87,24
114	CT regiune toracică fără substanţă de contrast	112,49
115	CT abdomen fără substanţă de contrast	113,33
116	CT pelvis fără substanţă de contrast	88,38
117	CT coloană vertebrală fără substanţă de contrast /segment	47,06
118	CT membre/ membru fără substanţă de contrast	41,01
119	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast	258,61
120	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast	258,29
121	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast	280,42
122	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,37
123	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,65
124	CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos /segment	263,21
125	CT membre nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos-/ membru	264,51
126	CT ureche internă	200,00
127	Uro CT	250,00
128	Angiografie CT membre	250,00
129	Angiografie CT craniu	250,00
130	Angiografie CT regiune cervicală	250,00
131	Angiografie CT abdomen	250,00
132	Angiografie CT pelvis	250,00
133	Angiocoronarografie CT	500,00
134	Colonoscopie virtuală CT	250,00
135	Bronhoscopie virtuală CT	200,00
136	RMN cranio-cerebral nativ	300,93
137	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
138	RMN abdominal nativ	300,93
139	RMN pelvin nativ	300,93
140	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
141.	RMN umăr nativ	300,93
142	RMN sâni nativ	300,93
143	RMN umăr nativ şi cu subst. de contrast	471,46
144	RMN sâni nativ şi cu subst. de contrast	471,46
145	RMN cranio-cerebral nativ şi cu subst. de contrast	471,46
146	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.)	471,46

	nativ şi cu substanţă de contrast	
147	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
148	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
149	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
150	RMN cord cu substanţă de contrast	471,46
151	Uro RMN cu substanţă de contrast	625,00
152	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	201,95
153	Angiografia RMN artere renale sau aorta	201,95
154	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
155	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	262,05
156	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	25,00
157	Ecografie abdomen*1)	17,38
158.	Ecografie pelvis*1)	16,76
159	Ecografie transvaginală	16, 76
160	Ecografie de vase (vene)	16,39
161	Ecografie de vase (artere)	19,69
162	Ecografie endocrină	16,39
163	Ecografie fetală	22,57
164	Ecografie transfontanelară	22,57
165	Ecografie de organ / articulaţie / părţi moi	16,39
166	Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 – 23 săptămâni)	250,00
167	Ecografie pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13
168	Senologie imagistică - ecografie	16,39
169	Ecocardiografie	27,38
170	Ecocardiografie + Doppler	34,44
171	Ecocardiografie + Doppler color	36,25
172	Ecocardiografie transesofagiană	60,13
173	EKG*1)	7,12
174	Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
175	Holter TA	23,20
176	Mamografie în 2 planuri*1)/ pentru un sân	27,56
177	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast	188,85
178	Spirometrie*1)	14,30
179	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	15,00
180	Peak-flowmetrie	2,63
181	Oscilometrie*1)	5,42
182.	EEG standard	15,00
183	Electromiografie	17, 39
184	Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
185	Ergometrie	24,12
186	Monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice	180,00

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicului oncolog

**) În condiţiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

NOTA 1:

*1) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie pentru contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se recomandă numai de medicul de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice şi se decontează de cel mult două ori pe an pentru un asigurat (bolnavi cu risc de diabet zaharat)

NOTA 2: Filmele radiologice şi substanţele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicaţia de utilizare a substanţei de contrast aparţine medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală care va confirma utilizarea substanţei de contrast prin aplicarea parafei şi semnăturii pe fişa de solicitare.

Investigaţiile cu substanţă de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate şi în cazul în care utilizarea substanţei de contrast a fost specificată în fişa de solicitare şi avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigaţie fără substanţă de contrast, urmată din necesitate de o investigaţie cu substanţă de contrast, se decontează numai tariful investigaţiei cu substanţă de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la poziţiile: 160 – 161 şi 169 – 171 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie şi gerontologie cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialităţii;

b) Serviciile prevăzute la poziţia 162 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competenţe/ supraspecializări/ atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

d) Serviciile prevăzute la poziţia 163 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

e) Serviciile prevăzute la poziţia 164 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziţia 158 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, precum şi de medici cu specialitatea urologie;

g) Serviciile prevăzute la poziţia 168 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie;

h) Serviciile prevăzute la poziţia 165 (ecografie de organ / de părţi moi / de articulaţie) se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-

ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi recuperare, medicină fizică şi balneologie şi reumatologie cu competenţe/ supraspecializări / atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

i) serviciile prevăzute la poziţiile 166 şi 167 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală.

j) Serviciile prevăzute la poziţia 159 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 83, 84, 86, 88, 89, 90, 108, 117, 118, 124, 125, 137, 140, 146, 149, 176, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, indiferent de numărul de incidenţe recomandate şi efectuate; în cazul explorării mai multor segmente/membre , se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziţia 110, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/o dată pe an.

3. În cazul investigaţiilor CT şi RMN prevăzute în tabelul de la Cap. II, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale şi implicit prezenţa unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la Cap. II se vor majora cu 10%. Pentru investigaţiile CT şi RMN prevăzute la poziţiile: 124, 117, 118, 125, 137, 140, 149, 146 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

Investigaţiile menţionate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice. In acest caz biletul de trimitere cuprinde şi datele din fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin; biletele de trimitere se întocmeste în 3 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La biletul de trimitere se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigaţiilor CT şi RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spaţiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relaţiei de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigaţii sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fişa de solicitare este însoţită de o copie a fişei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicului cu specialitatea ATI şi care va avea acelaşi circuit ca şi fişa de solicitare.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 156 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

NOTA 8

: Pentru poziţiile 69 şi 70 codurile aferente se completează cu cifrele:

1 – pentru examene din secreţii uretrale
2 - pentru examene din secreţii otice
3 - pentru examene din secreţii nazale
4 - pentru examene din secreţii conjunctivale
5 - pentru examene din secreţii – puroi
6 – asociere de 2 localizari sau multiple dar nu mai mult de 3 / pacient / trimitere

Nota 9: Serviciul medical de la poziţia 67este examen citologic.

Nota 10: Serviciile medicale de la poziţiile 173, 174, 175, 178 - 183, 185 şi 186 sunt explorări funcţionale.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive şi al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive şi al tratamentelor de medicină dentară

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiarii legilor speciale
1.	Consultaţie				
1.1	Consultaţie primară, stabilirea diagnosticului şi elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultaţie secundară, diagnostic şi plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă prin obturaţie cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă prin obturaţie cu material compozit	21,20	100%		100%
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	24,12	100%		100%

2.7	Aplicarea sistemelor de retenţie extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenţie prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/ dinte	4,76	100%		100%
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputaţie vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturaţie canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%
3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la pluriradiculari	34,83	100%		100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%		100%
3.11	Îndepărtarea corpilor străini din canale	14,49	100%		100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale				
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,52	100%	100%	100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	21,20	100%	100%	100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%		100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la pluriradiculari	36,67	100%		100%

4.5	Obturaţie la dinţii devitali cu amalgam	28,99	100%		100%
4.6	Obturaţie la dinţii devitali cu compozite	28,99	100%		100%
5.	Tratamentul afecţiunilor parodontiului marginal				
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%	100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin şlefuire selectivă/şedinţă	11,57	100%		100%
5.3	Contenţie provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%		100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%		100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/şedinţă	5,84	100%		100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ şedinţă	8,65	100%	100%	100%
5.7	Detartraj manual supra şi subgingival pe dinte	5,84	100%		100%
5.8	Detartraj mecanic supra şi subgingival pe dinte	7,68	100%		100%
6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltraţie	8,65	100%		100%
6.3	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracţie alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracţie cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracţie dinţi temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracţie la hemofilici, diabetici sau handicapaţi (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%
6.10	Extracţie dinţi paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%

6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracţionale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgenţă al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgenţă a luxaţiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgenţă a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxaţiilor temporomandibulare	14,49	100%	100%	100%
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parţială cu 1 - 7 dinţi*	466,99		60%	100%
7.2	Proteză acrilică parţială cu peste 7 dinţi*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparaţie simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparaţie + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparaţie + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/şedinţă	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				

8.1	Decondiţionarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiţie infantilă, respiraţie orală) prin plăcuţă, vestibolo-orală şi scut lingual	173,59	100%		100%
8.2*	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiţă şi capelină	259,68	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparaţie aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menţinătoare de spaţiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/şedinţă	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) ţin numai de competenţa medicilor de specialitate în ortodonţie.				
9.	Activităţi profilactice				
9.1	Consultaţie în cadrul dispensarizării (include şi:	13,52	100%*		100%
	- educaţie pentru sănătate bucodentară				
	- determinarea indicelui de placă bacteriană				
	- determinarea indicilor de inflamaţie parodontală				
	- educaţia pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/şedinţă)				
9.2	Periaj dentar profesional/şedinţă	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluţii fluorurate/şedinţă	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluţii/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%

9.7	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educaţie pentru decondiţionarea obiceiurilor vicioase/şedinţă	8,65	100%		100%
9.10	Exerciţii de reeducare funcţională/ şedinţă	9,52	100%		100%
9.11	Exerciţii de miogimnastică/şedinţă	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,65	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activităţi profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă, se acordă de două ori pe an.

NOTA 1: Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentişti, cu excepţia celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menţionate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară sunt următoarele:

3.1, 4.1, 4.2, 5.1, 5.6, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16, 7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3: Competenţa pentru dentişti este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2, 4.5, 4.6, 5.7, 5.8, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4: Formula dentară:

Dinţi permanenţi

11 incisiv medial dreapta sus
12 incisiv lateral dreapta sus
13 canin dreapta sus
14 primul premolar dreapta sus
15 al doilea premolar dreapta sus
16 primul molar dreapta sus
17 al doilea molar dreapta sus
18 al treilea molar dreapta sus
21 incisiv medial stânga sus
22 incisiv lateral stânga sus
23 canin stânga sus
24 primul premolar stânga sus
25 al doilea premolar stânga sus
26 primul molar stânga sus
27 al doilea molar stânga sus
28 al treilea molar stânga sus
31 incisiv medial stânga jos
32 incisiv lateral stânga jos

33 canin stânga jos
34 primul premolar stânga jos
35 al doilea premolar stânga jos
36 primul molar stânga jos
37 al doilea molar stânga jos
38 al treilea molar stânga jos
41 incisiv medial dreapta jos
42 incisiv lateral dreapta jos
43 canin dreapta jos
44 primul premolar dreapta jos
45 al doilea premolar dreapta jos
46 primul molar dreapta jos
47 al doilea molar dreapta jos
48 al treilea molar dreapta jos

Dinţi temporari
51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - molar stânga sus
65 - molar stânga sus
71 - incisiv medial stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - molar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

NOTA 5: În cazul dinţilor supranumerari se indică codul dintelui cu specificaţia "supranumerar".

Dată fiind incidenţa dinţilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinţi supranumerari/CNP.

NOTA 6: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară şi panoramică) cuprinse la cap. II ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizaţiile necesare efectuării acestor servicii şi dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară. Se acordă servicii medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

a) se acordă serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 şi 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică şi balneologie

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia medicală de specialitate, se acordă în cabinetele medicale şi cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- bilanţul articular anatomic şi funcţional, bilanţul muscular, întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile şi nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline şi peşteri, avizate de Ministerul Sănătăţii conform legislaţiei în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii; fiecare cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultaţie, într-un interval de la consultaţie, la momentul începerii curei, ce nu poate depăşi 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultaţie la finalul fiecărei cure, la un interval ce nu poate să depăşească 10 zile calendaristice. Pentru situaţiile în care unui asigurat nu i se recomandă cură de tratament, casa de asigurări de sănătate decontează 2 consultaţii.

Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G 31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate in HG 720/2008, pentru care tratamentul se poate prescrie şi monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare medicină fizică şi balneofizioterapie din unităţile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătăţii, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie şi prescripţie medicală aferentă trimestrial, respectiv lunar, cu condiţia ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic specialist pentru aceeaşi perioadă.

Tariful pe consultaţie în specialitatea recuperare, medicină fizică şi balneologie este de 14 lei. Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%.

2. Servicii medicale-cură de tratament acordate în cabinetele/bazele de tratament

Recomandarea pentru servicii de recuperare, medicină fizică şi balneologie se poate face de către medicii de specialitate şi de către medicii de familie, în limita competenţelor iar serviciile se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de tratament este de 140 lei.

Serviciile medicale prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situaţii care privesc corecţii de natură estetica şi de întreţinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreţinere (fitness, body-building), etc..

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1 Kinetoterapie de grup pe afecţiuni
2 Galvanizare
3 Ionizare
4 Curenţi diadinamici
5 Trabert
6. TENS
7 Curenţi interferenţiali
8 Unde scurte
9 Microunde
10. Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11. Ultrasunet
12 Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux
16 Ultraviolete
17 Curenţi cu impulsuri rectangulare
18. Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19. Contracţia izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcţională
21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23 Duş subacval
24. Aplicaţii cu parafină
25. Băi sau pensulaţii cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limfmasaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizaţie cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală

33. Hidrokinetoterapie parţială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracţiuni vertebrale şi articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulaţii periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon şi bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parţială cu nămol
47. Aplicatie de unde de şoc extracorporeale
48. Aplicatia de oscilaţii profunde
49. Speleoterapia/salinoterapia

NOTĂ: Serviciile medicale de la pct. 1 – 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun şi de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct 39- 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din staţiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Pentru cura balneară de recuperare şi cura balneară terapeutică în bazele de tratament din staţiunile balneoclimaterice se decontează în medie 4 proceduri/zi (din care 2 proceduri cu factori naturali terapeutici)

ANEXA 8

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice şi de medicină dentară

ART. 1 Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice, de medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice contravaloarea serviciilor medicale prevăzute în Anexa 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea şi interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează activităţi conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceştia şi cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultaţiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, fitoterapie , homeopatie, planificare familială nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialităţi clinice şi pentru medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie, ~~şi~~ homeopatie şi planificare familială unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 20 de minute).

c) pentru specialităţile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăşi, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi.

d) pentru specialităţile clinice, în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultaţii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultaţii; pentru specialitatea neurologie se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultaţii;

În situaţia în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultaţii, servicii medicale creşte sau scade corespunzător.

În situaţia în care adresabilitatea asiguraţilor la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menţionate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultaţii şi servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceştia sunt în relaţie contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăşi 40 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui care le prestează, reprezentând consultaţii şi/sau servicii, după caz.

Pentru desfăşurarea activităţii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi furnizori de servicii conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, furnizorul de servicii conexe poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi medici din specialităţile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calităţii în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii

publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001 şi după caz conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conţină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate şi tipul de servicii conexe conform anexei nr. 7 la ordin.

ART. 4 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice se calculează prin înmulţirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie şi homeopatie, planificare familială, precum şi furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe ţară şi este în valoare de 1,2 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcţie de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice se defalchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicilor de specialitate din specialităţile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calităţii furnizării serviciilor medicale, pentru asiguraţii care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile în care acestea vor fi efectuate, raportate şi validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepţie fac situaţiile în care asiguratul solicită în nume propriu şi în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de către :

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigaţii medicale paraclinice - explorări funcţionale),
- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti),
- medicii de familie (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)
- un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate,

se au în vedere:

a) numărul de investigaţii paraclinice;

b) tarifele negociate;

Numărul de investigaţii paraclinice negociat între furnizorii de investigaţii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii şi monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen şi pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică) şi casele de asigurări de sănătate se stabileşte în limita numărului de investigaţii paraclinice necesar pe total judeţ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere diversitatea serviciilor medicale paraclinice propuse pentru contractare reflectată în tipul de aparate aflate în dotare.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) Numărul investigaţiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligaţia încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adiţional. Pentru situaţiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situaţii şi cu avizul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adiţional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferenţa de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract/act

adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea şi în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigaţiile medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală într-o lună şi de la investigaţiile medicale paraclinice - explorări funcţionale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigaţii paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate şi nu vor încheia subcontracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigaţii paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în norme, precum şi reevaluarea punctajului furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situaţii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, precum şi servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 5%, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 şi 11 la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de investigaţii paraclinice şi conduce la rezilierea contractului.

(8) În situaţia în care, în structura unui furnizor de servicii medicale paraclinice, există laborator/punct de lucru organizat ca urmare a procedurii de externalizare, casa de asigurări de sănătate încheie pentru acestea un act adiţional la contractul de furnizare de servicii paraclinice încheiat cu furnizorul respectiv. Actul adiţional se adaptează după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximale cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Prezentarea, susţinerea şi negocierea ofertelor privind procentul de diminuare a tarifelor pentru investigaţii paraclinice se face în şedinţă deschisă, în prezenţa reprezentanţilor casei de asigurări de sănătate şi a tuturor reprezentanţilor legali ai furnizorilor care doresc să încheie contract de furnizare de servicii medicale paraclinice.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie şi de medicină internă serviciul "monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condiţiile prevăzute la Nota 1 şi Nota 3 de la finalul lit. C a capitolului I din anexa nr. 7 la ordin, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeaşi anexă.

Pentru ecografiile, respectiv monitorizările şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice, pentru care medicii cu specialităţi medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie şi medicină internă încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice şi care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate, respectiv de către alţi medici de specialitate cardiologie şi medicină internă, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepţie biletele de trimitere pentru efectuarea de investigaţii paraclinice specifice pentru afecţiunile cuprinse în unele programe naţionale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriţie precum şi cele pentru afecţiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice, în condiţiile în care pentru afecţiunea respectivă şi medicaţia a fost prescrisă pentru acelaşi interval de timp. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice specifice este de pina la 60 zile.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului. La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigaţiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurari de sanatate :data prezentării, data programarii, precum si de a semna şi ştampila acest exemplar indiferent dacă investigaţiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situaţia în care, din motive obiective, investigaţiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a-l programa iar daca asiguratul refuza programarea va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigaţii medicale paraclinice. In primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice asiguratul are obligatia de a se programa si de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere isi pierde valabilitatea.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Daca in perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice un asigurat se interneaza in spital fara ca investigatiile recomandate sa fie efectuate in ambulatoriu anterior internarii, biletul de trimitere isi pierde valabilitatea, cu excepţia biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea. Investigatiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat in ambulatoriu pe perioada in care acesta a fost internat precum si in perioada de la data externarii pana la data expirarii termenului de valabilitate a biletului de trimitere , nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate sau daca acestea au fost decontate se recupereaza de la furnizorul de investigatii medicale paraclinice, cu excepţia investigaţiilor medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, în acest sens stabilindu-şi evidenţe proprii.

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, investigaţiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice care cuprinde şi datele din fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin şi se întocmeşte în 3 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea, unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract cu ocazia raportării lunare a activităţii. Biletul de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile

medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuţie personală din partea asiguratului şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;

b) numărul de medici de medicină dentară şi dentişti care intră în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) şi lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obţinut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcţie de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;

e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Suma orientativă/ medic specialist/ lună la nivel naţional este de 1.050 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

(3) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situaţii justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(4) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adiţional.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităţilor de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unităţile ambulatorii de recuperare, medicină fizică şi balneologie din structura unor unităţi sanitare sau unităţile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea

medici angajaţi într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranţă naţională şi autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultaţii/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie de 14 lei şi numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultatiei se majorează cu 20%. La stabilirea numarului de cazuri se are in vedere o durata medie de 10 zile de tratament pe caz si un numar mediu de 4 proceduri pe zi.

Suma contractată se stabileşte conform Anexei nr. 8 F şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, conform prevederilor din Anexa nr. 8 F la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate de la data semnării actului adiţional.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie a sănătăţii pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătăţii, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale-consultaţii de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de servicii medicale-consultaţii rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultaţii, poate scade sau creşte corespunzător;

b) serviciile medicale-cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un numar mediu de 10 zile de tratament şi o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate asiguraţilor de la data semnării acestora.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale-consultaţii şi numărul de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament în staţiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilit de medicul de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie.

(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de numărul de servicii medicale-consultaţii şi numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate. Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

(10) În situaţia în care o cură de tratament se întrerupe, furnizorul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament întreruptă se consideră o cură finalizată.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultaţii de acupunctură, respectiv tariful pe consultaţie de 13 lei şi numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultaţii de acupunctură şi a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultaţii de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de consultaţii de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultaţie pentru o cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează şi raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea servicii de acupunctură-consultaţii şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale-caz finalizate şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură respectiv pe consultaţie, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat).

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultaţii de acupunctură şi cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice, de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum şi a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fără recomandare medicală sau fără a îndeplini condiţiile care îi permit adresare directă) sau în situaţia în care asiguratul nu acceptă programare pe listele de prioritate se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează chitanţă fiscală, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate si decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajaţi numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate

conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiştii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie şi de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum şi servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialităţi, care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie. Furnizorul de servicii medicale clinice, inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 8 A
- model -

```
Furnizor de servicii medicale .....
Medic .....
Specialitatea .....
```

Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract .....

FIŞA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice

Nume: ..... Prenume: .....
Data naşterii: .....

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F
Adresa: .....
Diagnostic: .....
Data luării în evidenţă: .....
Comorbidităţi: .....
Factori de risc: .....
Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programării	Data realizării

Recomandări:
- Tratament igieno-dietetic
.....
.....
- Tratament medicamentos
.....
.....
- Alte recomandări
.....
.....

Data completării ..... Semnătura, parafa şi ştampila .....

ANEXA 8 B
- model -

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a), ... legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului

_
|_| Casa de Asigurări de Sănătate .....

Data ..... | Reprezentant legal (semnătura şi ştampila) .....

ANEXA 8 C
- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie.. Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a), ... legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu:

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului

Data ..... | Reprezentant legal (semnătura şi ştampila) .....

ANEXA 8 D
- model -

Furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală
.....
Punct de lucru*1) .....
PERSONAL MEDICO-SANITAR
MEDICI
Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Valoare
E - Nr. contract
F - Tip contract
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru	Asigurare de	Contract **)					

				CMR/CMDR	răspundere civilă							
			Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

Total medici =

OPERATORI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Tip de activitate**)

B - Data eliberării

C - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociaţie profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
			Serie şi nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract			

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENŢI MEDICALI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

C - Valabilă până la

D - Nr. contract

E - Tip contract

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		Program de lucru	Specialitatea /Competenţa
			Serie şi nr.	A	B	Nr. C	Valoare		D	E		

Total asistenţi medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
			Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
____	_____	____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

---

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila .....

Data întocmirii .....

ANEXA 8 E
model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1) .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafă
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de răspundere civilă		Contract **)						
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională		Asigurare de răspundere civilă			Contract**)			
				Serie şi	Serie	NR.	A	B	Nr. contract	Valabilă până la	Tip contract	Program de

			nr.								lucru	

Total asistenţi medicali de laborator =

CHIMIŞTI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Contract**				
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	C

Total chimişti =

BIOLOGI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**		A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIŞTI

Total biochimişti =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**		A	B	C
				Serie	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă	Nr.	Tip			

			şi nr.					până la	contract	contract				

---

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular şi pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal: .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila: .....

Data întocmirii: .....

ANEXA 8 F

CRITERII

privind selecţia furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu

Cap. I. Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului şi al bazei de tratament este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie

Cap. II. La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

B.. Evaluarea salii de kinetoterapie

C. Evaluarea resurselor umane

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleaşi cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte documentele pentru aparatul/ aparatele deţinute din care să reiasă numărul de canale şi numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective ~~şi~~ pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.
d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria si numarul şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.
e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 şi într-un program de lucru distinct.
f) Pentru a putea fi luate în considerare aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut, după cum urmează
- Aparate cu 1 canal si vechime 1-5 ani = 16 puncte/aparat
- Aparate cu 2 canale si vechime 1-5 ani = 24 puncte/aparat
- Aparate cu 3 canale si vechime 1-5 ani = 28 puncte/aparat
- Aparate cu 4 canale si vechime 1-5 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizicală şi vechime 1 – 5 ani = 20 puncte/combină
- Cada de hidroterapie– vechime 1-5 ani = 10 puncte/1 cada

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, cate 2 puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului.

Nr.crt	Denumire aparat	Numar canale	An fabricatie	Total puncte/aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE: .....

NOTĂ:
Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienţi în acelaşi timp.

B. Evaluarea salii de kinetoterapie:
- Suprafaţa utilă a sălii este între 8 – 15 mp şi dotare corespunzătoare Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 20 puncte

- Suprafaţa utilă a sălii este între 16 – 30 mp şi dotare corespunzătoare Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 30 puncte
- Suprafaţa utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie şi dotare superioară faţă de prevederile Ordinului MSP 153/2003 = 33 puncte

C. Evaluarea resurselor umane:

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat.

Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata.

Se considera o norma intreaga astfel:
- pentru un medic - 35 ore/saptamana (7 ore x 5 zile/saptamana)

- pentru un asistent, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut sau masseur – 40 ore/saptamana (ore/zi x 5zile/saptamana)

a. medic in specialitatea de recuperare, medicină fizică şi balneologie:
– medic primar – 20 puncte/medic/1 norma
- medic specialist - 16 puncte/medic/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut – 10 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie – 6 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

d. maseur – 5 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE: .....

Program de activitate saptamanal al bazei de tratament - 8 ore / zi:

- 5 zile /săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână =5 puncte
- TOTAL puncte ……

Se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor pentru toate criteriile.

Se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei alocate cu destinaţia asistenţă medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu, din care se scade suma aferentă serviciilor de acupunctură la numărul total de puncte.

Valoarea unui punct obţinută mai sus se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor, rezultând sumele aferente fiecărui furnizor.

ANEXA 9

LISTA

cuprinzând afecţiunile care, după confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
2. Purtătorii de proteze valvulare şi pace-maker
3. Malformaţii congenitale şi boli genetice
4. Insuficienţă renală cronică în stadiul predialitic
5. Insuficienţă cardiacă clasa III - IV NYHA
6. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
7. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
8. Aplazia medulară
9. Anemii hemolitice endo- şi exoeritrocitare
10. Trombocitemia hemoragică
11. Thalasemia majoră
12. Histiocitozele
13. Telangectazia hemoragică ereditară
14. Purpura trombocitopenică idiopatică
15. Trombocitopatii
16. Purpura trombotică trombocitopenică
17. Boala von Willebrand
18. Coagulopatiile ereditare
19. Tumori cu potenţial malign până la şi după elucidarea diagnosticului
20. Boala Wilson
21. Malaria
22. Tuberculoza
23. Mucoviscidoza
24. Boala Addison
25. Diabet insipid
26. Psihoze
27. Miastenia gravis
28. Bolnavi cu revascularizaţie percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
29. Afecţiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
30. Gravide cu risc obstetrical crescut
31. Prematuritatea (în primul an de viaţă)
32. Malnutriţie proteinenergetică (în primii 3 ani de viaţă)
33. Anemiile carenţiale (până la normalizarea hematologică şi biochimică)
34. Rahitismul evolutiv, forma moderată şi gravă (până la vindecarea radiologică şi biochimică)
35. Astm bronşic sever

36. Glaucom
37. AVC – la medicul neurolog in cazul tratamentelor cu risc vital* (anticoagulante)
NOTA 1: Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecţiunile de mai sus se face numai în următoarele situaţii:
1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidenţă de către medicul de familie şi în intervalul de timp până la următoarea consultaţie la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;
2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcţie de parametrii de monitorizare;
3. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru tot anul în curs, conform fişei de monitorizare prevăzut în anexa nr. 8 A.
NOTA 2:
1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluţia bolii şi în atitudinea terapeutică.
2. Medicul de specialitate care are în evidenţă bolnavul are obligaţia de a depune la contractare lista cu asiguraţi - bolnavi cu afecţiuni cronice în evidenţă.

ANEXA 10

CRITERII

privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale
Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:
1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II din anexa nr. 7 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau).
b) Pentru examinările de anatomie patologică(histopatologice şi de citologie inclusiv examenul Babeş Papanicolau), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.
3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor/furnizor de service.
Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.
4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de analize medicale / laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist – cu grad de specialist.
Să facă dovada , pentru fiecare laborator de analize medicale / laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora îşi

desfăşoară activitatea medic / medici de laborator într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel putin o norma/zi.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) „Implementarea sistemului de management al calităţii" cât şi pentru subcriteriul b) „Participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii" prevăzut de reglementările în vigoare pentru cel puţin 50% reprezentand minim 40 analize din numărul de analize cuprinse in lista investigaţiilor contractate, pentru fiecare dintre laboratoarele / laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigaţiilor medicale paraclinice este de 79.

6. Sa faca dovada capacitatii tehnice pentru posibilitatea efectuării a cel putin 5% din numarul total de servicii medicale paraclinice necesare la nivelul fiecarei case de asigurari de sanatate, stabilit de comisia constituită conform art. 44 alin.(5) din Contractul-cadru, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii paraclinice - analize de laborator se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	45%
2. criteriul de calitate	50%
3. criteriul financiar	5%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor şi transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situaţia centralizatoare cu privire la:

- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime
de până la 5 ani - 10 puncte

Pentru analizoarele cu mai puţin de 60 teste/oră se acordă 5 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 12 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

c) - analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră -

cu o vechime de până la 5 ani - 14 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

---

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicina de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire.

1.2. Hemostază:
a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
1.3. Imunohematologie: - 2 puncte.

2. Microbiologie:
2.1. Bacteriologie
- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la 5 ani - 40 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- identificarea germenilor - 10 puncte
- efectuarea antibiogramei - 8 puncte.
2.2. Micologie:
- decelarea prezenţei miceliilor şi identificarea miceliilor - 10 puncte
- efectuarea antifungigramei - 8 puncte.
2.3. Parazitologie:
- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte.

3. Biochimie:
a.- analizor semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine analizoare automate, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;
b. - analizor automat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte
b.1 - analizor automat cu determinare şi prin turbidimetrie - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,06 puncte.
- se iau în calcul maxim 3 aparate

c. - analizor semiautomat pentru electroforeza - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

d. - analizor automat pentru electroforeza - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte

-se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

- se iau în calcul maxim 2 aparate

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la
5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani, cu:

- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan 30 puncte
- 4 microplăci simultan 35 puncte
- 6 microplăci simultan 40 puncte

- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;

- se iau în calcul maxim 2 aparate

c) sisteme speciale

c1) semiautomate cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte

- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim 2 aparate;

c2) automate cu o vechime de până la 5 ani 40 puncte

- pentru sistemele speciale automate, în funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă câte 0,6 puncte.

- pentru sistemele speciale automate se iau in calcul maxim 2 aparate pe tip de metoda, pentru maxim 2 metode.

- In cazul in care laboratorul detine aparate cu mai mult de doua metode, pentru sistemele speciale se va lua in calcul maxim un aparat in plus fata de primele doua, la alegerea furnizorului.

- punctajul pentru cea de a 3-a metoda de lucru se va acorda la un nivel de 50% din punctajul corespunzător aparatelor.

Pentru sistemele speciale semiautomate şi automate se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe urmatoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologic pe baza de Chemiluminiscenta)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologic pe baza de Electrochemiluminiscenta)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologiga Enzimatica; Metoda Imunologiga Enzimatica pe baza de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologica prin Fluorescenta de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiata)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay(Test Imunologic de Chemiluminiscenta pe baza de Microparticule)

- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologiga Enzimatica Dubla)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologiga pe baza de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe baza de Imunofluorescenta)
- ELFA cu detectie in fluorescenta -- Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenta
- TRACE – Emisie amplificată de europium

NOTA: test imunologic sau metoda imunologica se refera la o reactie cu formare de complex tip antigen-anticorp

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.
Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte.
- Sistem automat de prelucrare a probelor …….....……40 puncte
(de la probă până la bloc de parafină)
- Sistem de colorare automată a lamelor …….....…...15 puncte

7. Analize de urină
a. analizor semiautomat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b. analizor automat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 20 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

NOTĂ:
Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puţin un angajat cu studii superioare de specialitate.
Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

B. Resursele umane
Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.
Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei angajaţi cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate 20 puncte;
2. medic specialist 18 puncte;
3. chimişti, biologi, biochimişti principali 16 puncte;
4. chimişti, biologi, biochimişti specialişti 14 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti 10 puncte;
6. farmacist 12 puncte
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare 6 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare 4 puncte

C. Logistică:

1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:

- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.

2. software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii: datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor - 2 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 şi 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii", în conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025 sau SR EN ISO 15189:2007 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în Anexa nr. 7 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, altele decât cele menţionate la lit. a1) şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

_____

Notă:

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale

pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii" şi care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde şi lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în Anexa nr.7 la ordin şi;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menţionate la lit. b1);

pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale, cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori/an în ultimele 12 luni. Pe parcursul derulării contractului obligaţia participării la schemele de testare a competenţei de cel puţin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleaşi condiţii.

Pentru participarea la un numar mai mare de 4 ori pe an la schemele de testare a competentei punctajul se va multiplica astfel:

- pentru participarea la un numar de 6 ori pe an se acorda o crestere a punctajului de 10%
- pentru participarea la un numar de 12 ori pe an se acorda o creştere a punctajului de 15%.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

_____

Notă:

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, anatomie patologică).

b. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă şi nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

c. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de analize medicale de laborator.

d. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţia de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 45% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii" şi 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";

c) 5% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de analize medicale / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcţie de necesarul de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigaţiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau)

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va

contracta cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de anatomie patologică din totalul fondului cu destinaţia de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele şi personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, astfel:

a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie, cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituţiile abilitate în condiţiile legii;

c. Ecografia endocrinologică ca prestaţie independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice, în diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie şi gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie şi pediatrie, de către medici de specialităţi clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de genetică medicală;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecţiuni ginecologice) şi în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 de săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate radiologie-imagistică medicală, condiţii cumulative ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii de radiologie-imagistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	85%
2. criteriul financiar	5%
3. criteriul de disponibilitate	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 85%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale prezentului ordin şi într-un program de lucru distinct.

g) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

h) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie
  - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
  - direct digital 10 puncte;
- opţiuni:
  - stepping periferic 5 puncte;
  - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
  - optimizarea densităţii 5 puncte;
  - trendelenburg 3 puncte;
  - afişare colimatori fără radiaţie 3 puncte;
  - stand vertical 3 puncte;
  - tomografie plană 1 punct;
  - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie:
  - parţial digital 5 puncte;
  - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existenţa de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- mod de lucru al unităţii de bază:
  - B (sau 2D): 1 punct;
  - M: 1 punct;
  - Doppler color: 2 puncte;
  - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
  - Doppler pulsat: 1 punct;
  - triplex: 0.5 puncte;
  - achiziţie imagine panoramică: 1 punct;
  - achiziţie imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
  - achiziţie imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
  - monitor alb-negru/color - 1 punct;
  - modalităţi de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opţiune se adaugă 1 punct;
  - aplicaţii software incluse (abdomen, părţi moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
  - stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
  - printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru fiecare computer tomograf secvenţial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- numărul de secţiuni concomitente:
  - 2 - 8 secţiuni 25 puncte;
  - 16 - 32 secţiuni 40 puncte;
  - peste 32 secţiuni 70 puncte;
  - peste 64 secţiuni 100 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
  - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;

    sau
  - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicaţii software* instalate pe computerul tomograf:
  - 3D: 2 puncte;
  - Circulaţie - 64 slice 2 puncte;

- evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
- perfuzie - 64 slice 2 puncte;
- colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
- angiografie cu substracţie de os - 16 slice 2 puncte;
- dental - 2 slice 2 puncte.

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
- analog 1 punct;
- injector automat 15 puncte;
- staţie de post procesare şi software aferent*: 20 puncte;

---

* se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanţă magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremităţi, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1 T 10 puncte;
- 1,5 T şi peste 20 puncte;
2. - pentru fiecare tip de antenă instalată* se adaugă: 20 puncte;

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicaţii software* instalate pe RMN

- Post-procesare 3D – prelucrarea achizitiilor in 3D: 10 puncte
- Tractografie – vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie – cuantificarea permeabilitatii tumorale in functie de modelul farmacocinetic al substantei de contrast pentru patologia cerebrala si a prostatei: 10 puncte
- Perfuzie fara substanta de contrast – permite vizualizarea neinvaziva a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzatoare arterelor cerebrale individuale: 10 puncte
- Soft cardiac – evaluarea viabilitatii, perfuziei si dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp in totalitate – scanarea intregului corp intr-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp in totalitate – permite vizualizrea sistemului vascular a intregului corp de la arcul aortic pana la degetele de la picioare: 10 puncte

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;

- Staţie de post procesare şi software aferent* 20 puncte.
(alta decât staţia de vizualizare)

---

* se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;
- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia şi stocarea imaginilor:

- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- developator automat umed 3 puncte;
- developator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- developare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirmă configuraţia tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
  - medic de specialitate radiologie şi imagistică medicală: 20 puncte;
  - medic primar radiologie şi imagistică medicală: 35 puncte;
  - medic de specialitate medicină nucleară: 20 puncte;
  - medic primar medicină nucleară: 35 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani 5 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 10 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice-ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)

- medic dentist 8 puncte.
- medic dentist specialist 10 puncte
- medic dentist primar 15 puncte

(punctajul se acordă pentru medicii dentişti care efectuează radiografii dentare retroalveolare şi panoramice în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)

- medic specialist explorări funcţionale 10 puncte;
- medic primar explorări funcţionale 15 puncte;

- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală 6 puncte;
  - asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
  - bioinginer: 8 puncte;
  - fizician: 8 puncte;
- asistenţi medicali:
  - de radiologie cu studii superioare 6 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare 4 puncte;
  - alte specialităţi pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadraţi cu contract de muncă cu timp parţial lucrat se acordă punctaj proporţional cu fracţiunea de normă.

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:

- reţea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţă (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte.

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii:
datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor 2 puncte.

d) teleradiologie:

- server în centrul de achiziţie 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau şi CT şi RMN.

Pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) şi c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigaţii, procent care nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigaţii reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală.

c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigaţii. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

d. Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program prelungit de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se adaugă - 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program zilnic de minimum 2 norme se adaugă - 100 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţie de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 85% pentru criteriul de evaluare;

b) 5% pentru criteriul financiar;

c) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor la cele trei criterii, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii de radiologie şi imagistică medicală în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de radiologie şi imagistică medicală / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre cele 3 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcţionale din totalul fondului cu destinaţia de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcţionale - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai investigaţiile, aparatele şi personalul specific).

H. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. c) se repartizează proporţional la celelalte criterii prevăzute la lit. A lit. a) - b).

ANEXA 12

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare

- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul

....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....,
bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centrul medical - unităţi cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul .....,
telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi şi competenţe/atestat de studii complementare (pentru fitoterapie, homeopatie, acupunctură, planificare familială):

a) .....;

b) .....;

c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. .....;
4. .....;
..... .

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract (pentru serviciile de acupunctură) a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; pentru furnizorii de servicii de acupunctură decontarea se face în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate ;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare

întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total naţional de puncte realizat, afişat pe pagina de web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum şi contravaloarea serviciilor medicale pentru care nu se solicită bilet de trimitere conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare ;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi au în dotarea cabinetului aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

l) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul

sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... , program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

11. să asigure respectarea prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

17. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

21. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normele sale de aplicare ;

24. să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum şi a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie şi planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice este stabilită prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepţia serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi a investigaţiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

28. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

33. să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora;

34. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultaţie şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară, pentru anul 2011; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de ..... lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%*)

b) gradul profesional medic primar .....%.

*) în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
c) .....
.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 12 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după

caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, şi 29 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 33 consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 şi 29 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 15, 16, 17, 20 şi 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 7 pct. 24, 25, 34 şi 37 din prezentul contract;

j) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie pentru obligaţia prevăzută la art. 7 pct. 27, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 13 alin.(3) .

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

. c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare

a contractului în condiţiile art. 16 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 35 din prezentul contract , cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 (1) Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4 şi a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 18 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat Juridic, contencios
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului.....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- act/acte doveditor/doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical nr. ....., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) avizul de liberă practică ....., atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr. ….., tipul serviciilor furnizate ..... şi programul de activitate ..... pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor,
- lista privind evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în norme.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL mpentru serviciile medicale paraclinice-ecografii, respectiv monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei efectuate de medicii de

specialitate din specialităţile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie şi medicină internă

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 13

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea ;i funcţionarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon

fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi:

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
c) .....
.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista

nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicaţiilor şi Turismului;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală

corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct pentru asiguraţi, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h1) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

p) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

u) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice – analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189 si SR EN ISO17025;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoţeşte certificatul de acreditare reprezintă cel puţin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii, efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie şi imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toţi furnizorii.

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei

- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre şi luni şi se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum ..... de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentelor necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), şi s) se va diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h 1), j), l), m), o) şi s);

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări

de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art.7 lit. ad);

l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi a obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x), y), z), ac), ag), ah) şi ai).

m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzută la art. 14 alin. (1), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale paraclinice îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale paraclinice după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrata/înregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfăşoară activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta înregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relaţiei contractuale, în cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice se suspendă ła data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei al medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale, aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie;

e) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor;

f) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) şi s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 şi 17 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societăţii comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de ~~3~~ 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, ...,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,

- certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor

- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul de personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor

- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

- certificat de acreditare nr. ....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoţit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator.

- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr. ....., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie şi imagistică medicală

- dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale nr. .....,

- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B) …….

- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme, precum şi următoarele documente.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 14

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:

- cabinetul individual ....., reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul dentist delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., reprezentată prin administrator .....;

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centru medical - unitate cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi

a) .....

b) .....

c) .....

.....

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentişti/dentişti

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

.....

.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 6 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de medicină dentară, suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor serviciilor medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

2. să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie

13. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraţilor, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide

16. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

18. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale

19. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune

20. să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale

21. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în normele metodologice de aplicare a acestuia

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul

24. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

28. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

29. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

30. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

31. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

32. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în limita

sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menţionat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de ..... , pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de……..

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru -prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează

a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 20%;

c) la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 19, 22 şi 23 se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24, şi 25 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24 şi 25 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 14, 15, 16, 19 şi 22;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele

de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 7 pct. 29 din prezentul contract ;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. art. 7 pct. 30 precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 15 alin.(3) .

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină dentară sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relaţiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 31 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei Economice,

.....

Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,

.....

Vizat

Juridic, contencios

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr…..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,

- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare

- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România (pentru fiecare medic dentist) nr. .....,

- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,

- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti nr. .....,

- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....

- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,după caz, precum şi programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar ~~angajat~~ care îşi desfăşoară activitatea la furnizor

- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat

ANEXA 15

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru unităţile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

Şi

- unităţile ambulatorii de de recuperare, medicină fizică şi balneologie aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;

- cabinetul medical de specialitate ....., organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin .....;

- societatea de turism balnear şi de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002 ....., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor şi Infrastructurii, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail.....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. ..... .

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie , acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale

în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, şi valoarea de contract inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate ;

4. să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare, întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului ; in cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, a unor materiale sanitare şi dispozitivele medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

7. să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 45 alin.(3) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

11. să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligaţii:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asiguraţii cu privire la şi obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare a sănătăţii potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru

anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

19. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

20. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz

în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistenţă medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, şi afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

31. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

32. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi lunar mişcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului;

VI. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de	Tariful pe serviciu	Valoare

	servicii negociat (orientativ)	medical-consultaţie* / /caz* - lei -	
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultaţii			
Servicii medicale - cazuri			

* Tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizate şi a tarifelor pe serviciu medical – consultaţie şi a tarifului pe serviciu - medical - caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

În situaţia în care o cură de recuperare, medicină fizică şi balneologie se întrerupe, furnizorul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de recuperare, medicină fizică şi balneologie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%,

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 şi 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 şi 27 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 33, consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) şi 27) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9.a), 11), 14), 15), 18), 21) şi 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi

documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 8 pct. 22), 23), 32) şi 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, pentru obligaţia prevăzută la art. 8 pct. 24, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 18 alin.(3);

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 21 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de

asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 35 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de direcţiile de sănătate publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 22 (1) Situaţiile prevăzute la art. 19 şi la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondenţa

ART. 24 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 26 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....;
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- programul de lucru al furnizorului;
- lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr. .....;
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr. .....;
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;
- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare).

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în condiţiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigaţiilor, tratamentelor şi procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unităţile spitaliceşti, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) – o);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situaţiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 şi care sunt acordate de către medicii din unităţile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum şi serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă şi din structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unităţile spitaliceşti, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmeşte o fişă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum şi serviciile medicale de mai jos cu tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)	
a) - Radioterapie		
1. Radioterapie cu ortovoltaj /kilovoltal	29	lei/şedinţă
2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144	lei/şedinţă
3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180	lei/şedinţă
4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320	lei/şedinţă
5. Brahiterapie	302	lei/şedinţă
b) - Chimioterapie*)	48,50/şedinţă	
c) - Litotritie	350,00/şedinţă	
d) - Implant de cristalin**)	247,54	
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93	
f) - Servicii medicale de oftalmologie:		
- evisceraţie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicaţie, electrorezecţie	48,57	
g) - Servicii medicale ortopedie:		
- halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secţiune tendoane picior, secţiune tendoane mână, amputaţie deget mână, chist sinovial picior	128,66	
h) - Servicii medicale ORL:		
- rezecţie septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formaţiune tumorală, polipectomie nazală	116,15	
i) - Servicii medicale flebologie (operaţie flebologie)	92,09	

j) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):		
- rahianestezie	239,38	
- anestezie generală inhalatorie	158,11	
- anestezie de contact şi infiltraţie	46,06	
- anestezie locoregională de infiltraţie	114,99	
- anestezie locală	16,63	
- anestezie generală	300,00	
k) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară	86,80	
Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formaţiunilor tumorale (osoase - de părţi moi), adâncirea şanţului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecţie apicală cu obturaţie/fără obturaţie, amputaţie radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)		
- dinţi ectopici, dinţi din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87	
- operaţie cu lambou	190,95	
- corecţie fren, infiltraţie trigeminală	26,62	
l) - amniocenteză***)	900,00	
m) - biopsie de vilozităţi coriale***)	700,00	
n) - Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66	
o) - monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient	
Notă: pentru pacienţii la care se monitorizează rezistenţa la tratamentul retroviral, tariful maximal este de 350 lei/lună/pacient		

---

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul naţional cu scop curativ şi suportate din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală şi include şi prelucrarea probelor prelevate.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se decontează în următoarele condiţii:

- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare;
- urgenţe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne

2. monotraumatisme:

- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor

3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)

4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical

5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară

6. urgenţe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)

7. meningo-encefalită acută

8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare

2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT

3. patologia oncologică indiferent de localizare

4. necroza aseptică de cap femural

5. urgenţe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar

2. accidente coronariene acute

3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească

În situaţia în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contribuţiei datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;

- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale spitaliceşti pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgenţe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;

- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;

- naşterea;

- diagnosticul şi tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Ştatul de personal
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2010
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010 valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz / serviciu se prezintă şi lista serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului / serviciului medical
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01. 2010 şi la 31.12.2010.
7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011, pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	

Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	

Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare secţie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz / serviciu medical.

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

ANEXA 16 B

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEŢINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCŢIONALĂ) ŞI AL CONSULTAŢIILOR

INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE, PE BAZA RELAŢIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂŢILE SANITARE (CONFORM ART. 72 DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....
LOCALITATEA .....
JUDEŢUL .....
CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR. .....

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Număr investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Nr. investigaţii paraclinice	Tariful investigaţiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4*C5
Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP				X	
...					

TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate	Număr consultaţii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultaţie interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
	TOTAL		x	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

4. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultaţii interdisciplinare	Tariful consultaţiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultaţiilor				x	

inter-disciplinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP					
...					
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenti serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C4 x C5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenti serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6

Subtotal pe un CNP					x	
..						
..						
	TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

În tabelele de la pct. 2, 4 şi 6, în coloana "c2", pentru cetăţenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul paşaportului.

MANAGER DIRECTOR MEDICAL DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL

…… …….. ……..

ANEXA 17

CONDIŢIILE
acordării serviciilor medicale în unităţi sanitare cu paturi şi modalităţile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore şi pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, Contractul

se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful cel mai mic dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, aferent spitalelor aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor şi a actelor adiţionale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional luată în calcul la stabilirea capacităţii maxime a spitalelor, în funcţie de clasificarea acestora este de 294,7 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de solicitare;

5. durată optimă de spitalizare / durata de spitalizare efectiv realizată / durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii şi normativelor în vigoare, pe secţii şi compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul şi tipul investigaţiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2010 , sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manager interimar.

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul maxim de paturi, în condiţiile prevederilor Hotărârii de Guvern privind aprobarea Planului naţional de paturi pentru perioada 2011 – 2013

(5) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă vor fi codificate la externare conform reperelor prevăzute la literele A şi B ale cap.I din anexa nr. 21 la ordin.

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti ,pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix Rovi DRG 2011 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2011,

respectiv

- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maxima posibil de contractat (Sp) în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă .

La calcularea formulei prevăzute în alin.(1) al art. 3 din anexa la Ordinul 862/547/2011, numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului Naţional de Paturi se stabileşte, de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică / direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie.

Pentru anul 2011, numărul de cazuri externate calculat conform formulei prevăzute în alin.(1) al art. 3 din anexa la Ordinul 862/547/2011 nu poate fi mai mare decât numărul mediu lunar de cazuri externate şi validate în anul precedent x 7 luni.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, în funcţie de categoria în care este clasificat spitalul, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de

asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate in contractare în formulele de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabileşte luând în calcul:

număr cazuri externate în anul 2010 (calculat ca număr mediu lunar de cazuri externate şi validate în anul 2010 x 7 luni) x (ICM x TCP, în anul 2011) pentru fiecare spital. Nu se reduc cazurile de urgenta estimate a se interna luând in calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

a4.1- numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = Sm / (ICMxTCP aferente fiecărui spital); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat / spital = (Suma suplimentară contractată / (ICM x TCP aferente spitalului şi prevăzute în Anexa 17A)); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contracatare în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

a4.3. Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix RoVi DRG 2011 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului şi a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2011 - 30 aprilie 2011. Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2011 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin şi se stabileşte pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel naţional, limitele superioare şi inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI - naţional, precum şi definirea termenilor utilizaţi) sunt prevăzute în anexa nr. 17 B la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a7) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului şi indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2010 şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri şi îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2011, în funcţie de numărul de paturi aprobat, de rata medie de utilizare a paturilor la spitalul/secţia/compartimentul respectiv şi de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul

casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

4. Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2010 pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situaţiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de acelaşi tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Număr de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, finanţată din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinete de boli infecţioase, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru

spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăşi 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2011, în limita a maxim 25%, cu excepţia unităţilor sanitare de monospecialitate, care derulează programe naţionale de sănătate.

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2011, cu creştere de maxim 5% peste valoarea anului 2010, dar fără a depăşi 25% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă.

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) şi f) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiţionale la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, şi sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri şi tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidenţiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unităţile sanitare cu paturi şi de către furnizorii de servicii medicale - investigaţii paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferenţa de 6% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:

a) 5% pentru:

- decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru,
- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,
- decontarea sumelor reprezentând depăşirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele de urgenţă
- alte situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după caz.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor / compartimentelor de terapie intensivă. Suma se alocă numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezenţa permanentă a cel puţin unui medic în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă
- prezenţa permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secţia/compartimentul de terapie intensivă
- consum de materiale sanitare cu cel puţin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului

Suma alocată trimestrial fiecărui spital care îndeplineşte criteriile de mai sus, se stabileşte conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în sectia /compartimentul de terapie intensiva a spitalui / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivel tuturor spitalelor aflate in contract cu o casa de asigurari de sanatate pentru sectiile/compartimentele de terapie intensiva x Suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din sectiile/compartimentele de terapie intensiva pentru fiecare spital se pun la dispozitia caselor de asigurari de sanatate trimestrial de catre de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

Spitalele evaluează pacienţii atât la intrarea cât şi la ieşirea din compartimentele/secţiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2 Variabile fiziologice									
Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	>41	39.0-40.9		38.5-38.9	36.0-38.4	34.0-35.9	32.0-33.9	30.0-31.9	<29.9
Mijloc BP (mm Hg)	>160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49
Ritmul inimii (bătăi/min)	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39
Rata respiraţiei (respiraţii/min)	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO_2>50%	66.5	46.6-66.4	26.6-46.4		<26.6				

A-aDO_2									
FiO_2 <50% PaO_2					>9.3	8.1-9.3		7.3-8.0	<7.3
pH arterial	>7.7	7.60-7.59		7.50-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15
Serum sodium (mmol/l)	>180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<110
Serum potassium (mmol/l)	>7	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3.0-3.4	2.5-2.9		<2.5
Serum creatinine (µmol/l)	>300	171-299		121-170	50-120		<50		
Total volum celule (%)	>60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Număr de leucocite (×10^9/l)	>40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Alte variabile:	○ Scala de comă Glasgow					○ Boli cronice			
	○ Vârsta					○ Statut chirurgical			

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti, inclusiv sumele care nu au fost contractate iniţial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2011. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cât şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi în perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adiţional, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate şi raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin;

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul total de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. (Validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri astfel nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin. (1) lit. a).

- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, dar nu mai mare decât cel stabilit pentru anul 2011, prin anexa nr.17 A la ordin.

- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011;

- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, pe baza cazurilor externate raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 B la ordin.

În situaţia în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăşi 25% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depăşeşte numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective şi în condiţiile art. 5 alin. (1) lit. ~~h)~~ g);

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici şi TBC, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăşi durata optimă pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;

- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;

- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În situaţia în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depăşire dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă creşterea numărului de cazuri realizate se regăseşte în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secţii din judeţul respectiv, iar această depăşire se încadrează în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ţinându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situaţia în care asiguratul este transferat în aceeaşi unitate sanitară, de la o secţie la alta de acelaşi profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcţie de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienţei managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractaţi şi realizaţi pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior şi transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcţie de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile

de spitalizare contractat şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici şi de recuperare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:

- numărul de externări realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat,

În situaţia în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăşi 25% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depăşeşte numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective şi în condiţiile art. 5 alin. (1) lit. g);

d) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente şi materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinaţie;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, cabinete de boli infecţioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate ~~şi~~ care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv (pentru spitalele finanţate în sistem DRG);
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi).
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale."

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, si neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăşi numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă pentru care se face dovada unor intervenţii diagnostice şi terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea

asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat, cu excepţia situaţiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat cu excepţia situaţiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Art. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigaţii paraclinice pentru pacienţii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

c) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele

astfel suportate de către spitale pentru consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

ART 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav.

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilite prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr.18 la ordin, numai în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienţilor internaţi. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanţă se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situaţia în care spitalele nu deţin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcţională, pentru pacienţii internaţi cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanţă prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se completeaza în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a facut recomandarea si, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, La fisa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 (1) Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea

stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

(2) Spitalele, odată cu raportarea lunară, vor transmise casei de asigurări de sănătate pentru nou-născuţii prematur, greutatea la naştere şi greutatea la externare; la o greutate a nou-născutului de peste 2.000 – 2.200 grame, nu se mai justifică menţinerea acestuia în secţia de neonatologie prematuri.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre şi luni, cu acordul, ordonatorului de credite ierarhic superior în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în

vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 37 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală spitalicească, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare şi a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16 A la ordin.

ANEXA 17 A

LISTA
SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SERVICIILOR MEDICALE SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT (DRG), ICM-ul şi TCP-ul AFERENT ANULUI 2011

Nr. crt.	Cod	Denumire	ICM ROviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat 2011- lei
1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.098	1433
2	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1276	1433
3	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8313	1433
4	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9167	1433
5	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9742	1433
6	AB08	Spitalul Municipal Sebes	0.8855	1433
7	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0.8254	1433
8	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.7559	1433
9	AG01	Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti	1.2581	1433
10	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1.0191	1433

11	AG05	Spitalul Municipal Campulung	0.8735	1433
12	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1.2063	1433
13	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0.9322	1433
14	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8417	1433
15	AG13	Spitalul de Psihiatrie "Sf. Maria" Vedea	1.2851	1433
16	AG22	S.C. Dr. Irimia S.R.L.	0.4505	1433
17	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1.0417	1433
18	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0.8735	1433
19	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.7576	1433
20	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	0.6411	1433
21	AR14	S.C. Terapeutica S.A. "Spitalul Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	0.5737	1433
22	AR20	S.C. Centrul Medical Laser System SRL	0.7383	1433
23	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	0.7101	1433
24	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0.8984	1588
25	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1.4252	1702
26	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	2.2943	2347
27	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0.7893	1663
28	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1.2423	1433
29	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0.7725	1433
30	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0.6213	1433
31	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0.6816	1433
32	B_101	S.C. Tinos Clinic SRL	0.4275	1433
33	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.6553	1433
34	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	1.7177	1433
35	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0.7504	1863
36	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0.9964	1433
37	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1.1224	1433
38	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1.1634	1533
39	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1.1779	2010
40	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1.3432	1433
41	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1.0933	1903
42	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2.3269	1490
43	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1.0291	1433
44	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0.9724	1433
45	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1.1469	1433
46	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1.5129	1433

47	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1.1491	1433
48	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	1.2537	1433
49	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1.3009	1433
50	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1.2523	1433
51	B_30	Spitalul Clinic de Dermatovenerologie "Dr.Scarlat Longhin" Bucuresti	0.6756	1433
52	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0.916	1826
53	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1.3166	1433
54	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1.0653	1618
55	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	0.7299	1433
56	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	1.9138	1494
57	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1.2245	1433
58	B_38	Centrul de Evalure si Tratament a Toxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	0.9851	1433
59	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Stefan"	0.8129	1433
60	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1.2419	1740
61	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	0.8259	1433
62	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	1.0756	1433
63	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1.5887	1433
64	B_50	Centrul de Sanatate RATB	0.7582	1433
65	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1.0249	1546
66	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgos"	1.3535	1433
67	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	0.6671	1433
68	B_95	S.C. Euroclinic Hospital S.A.	0.7394	1433
69	B_96	SC Med Life SA	0.3924	1433
70	B_97	S.C. Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.7783	1433
71	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	0.974	1433
72	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	0.7452	1433
73	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1.0636	1433
74	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0.9657	1433
75	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1.0174	1433
76	BC08	S.C. Polimed SRL	0.6253	1433
77	BC10	Spitalul de Pediatrie Bacau	0.9988	1433
78	BC14	S.C. Clinica Palade Bacau	0.7087	1433
79	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	1.0253	1433
80	BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.0168	1433
81	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	1.0067	1433
82	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0.9054	1433
83	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0.9081	1433

84	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	1.0966	1433
85	BH12	Spitalul Municipal Salonta	0.8838	1433
86	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	0.9429	1433
87	BH26	SC Pelican Impex SRL - Spitalul Pelican	1.0464	1433
88	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0.9749	1433
89	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0.7417	1433
90	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0.758	1433
91	BN08	SC Clinica Sanovil SRL	0.7583	1433
92	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1.4186	1433
93	BR04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Braila	0.7929	1433
94	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0.7348	1433
95	BR07	Spitalul de Psihiatrie "Sf.Pantelimon" Braila	1.2287	1433
96	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	0.8667	1433
97	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	1.0202	1433
98	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	0.4684	1433
99	BT03	Spitalul de Psihiatrie Botosani	1.0839	1433
100	BT04	Spitalul de Copii Botosani	0.8913	1433
101	BT05	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Botosani	0.801	1433
102	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.6813	1433
103	BT07	Spitalul Orasenesc Saveni	0.7215	1433
104	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	0.9459	1433
105	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1.0874	1433
106	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	0.8031	1433
107	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1.0533	1433
108	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1.3948	1433
109	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	0.7018	1433
110	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0.8275	1433
111	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0.6927	1433
112	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0.7765	1433
113	BV13	Spitalul de Psihiatrie si Neurologie Brasov	1.0334	1433
114	BV17	S.C. Medical RUR S.R.L.	0.7092	1433
115	BV18	S.C. Clinicile ICCO SRL	1.8037	1433
116	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL	0.5135	1433
117	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	1.0138	1433
118	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	0.8551	1433
119	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0.7639	1433
120	BZ09	Spitalul de Psihiatrie si Pentru Masuri de Siguranta Sapoca	0.9651	1433
121	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1.194	1433
122	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca	1.465	1433
123	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1.1235	1433
124	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.3069	1433

125	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1.4532	1433
126	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.7597	1433
127	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.0884	1433
128	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1598	1433
129	CJ09	Institutul Inimii de Urgenta pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2.0408	1490
130	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.8602	1433
131	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9737	1433
132	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.7664	1433
133	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1.0315	1433
134	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0.8558	1433
135	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0.7005	2025
136	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0.9748	1433
137	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0.6559	1433
138	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0.7759	1433
139	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	1.2924	1433
140	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	0.8539	1433
141	CS01	Spitalul Judetean Resita	1.1595	1433
142	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0.9206	1433
143	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0.7187	1433
144	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0.7073	1433
145	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0.7493	1433
146	CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1.2392	1433
147	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0.8537	1433
148	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0.6011	1433
149	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0.9768	1433
150	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	0.8365	1433
151	CT08	Spitalul de Ortop.si Traumat.si Rec.Med.Eforie Sud	0.7265	1433
152	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1.5413	1512
153	CT18	S. C. Medical Analysis SRL	0.9211	1433
154	CT19	S.C. Medstar 2000 SRL	0.959	1433
155	CT20	SC Euromaterna SA	0.874	1433
156	CT22	SC Isis Medical Center SRL	0.6629	1433
157	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1.0539	1433
158	CV02	Spitalul Orasenesc Covasna	0.5709	1433
159	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0.8284	1433
160	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0.6911	1433
161	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.4565	1433
162	CV07	Centrul de Patologie Neuromusculara "Dr.Radu Horia" Valcele	0.8201	1433
163	CV08	SC Andimex SRL	0.5722	1433
164	DB01	Spitalul Judetean de Urgenta Targoviste	1.1498	1433
165	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0.9116	1433

166	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0.9606	1433
167	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0.8635	1433
168	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1.0346	1433
169	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0.8255	1433
170	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	0.9354	1445
171	DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0.8989	1433
172	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	1.0568	1433
173	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0.7496	1433
174	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.6837	1433
175	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti" Dabuleni	0.5577	1433
176	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	1.1047	1433
177	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	0.9833	1433
178	DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1.0928	1489
179	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	0.8733	1433
180	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.871	1433
181	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	1.0132	1433
182	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0.8812	1433
183	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0.8884	1433
184	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.7987	1433
185	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0.7026	1433
186	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1.1126	1433
187	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	0.9794	1433
188	GL03	Spitalul de Pshiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	1.0077	1433
189	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0.7533	1433
190	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	0.8435	1433
191	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1.1999	1433
192	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.749	1433
193	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0.7636	1433
194	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0.8532	1433
195	GR03	Spitalul de Psihiatrie Vadu Lat	1.1069	1433
196	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0.7575	1433
197	GR08	Spitalul de Boli Infectioase Singureni	0.7794	1433
198	HD01	Spitalul Judetean Deva	1.2557	1433
199	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.1619	1433
200	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1.133	1433
201	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0032	1433
202	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9258	1463
203	HD07	Spitalul Municipal Brad	0.8445	1433
204	HD08	Spitalul Municipal Orastie	0.9066	1433
205	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0.9026	1433
206	HD18	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Zam	1.0972	1433

207	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1.0449	1433
208	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0507	1433
209	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.8204	1433
210	HR04	Spitalul Municipal Toplita	0.8982	1433
211	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	1.2558	1433
212	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	1.3113	1433
213	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	0.8841	1433
214	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	0.9867	1433
215	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.8383	1433
216	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0.6466	1433
217	IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1.2805	1433
218	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	0.9116	1433
219	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2.7375	1490
220	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1.1074	1901
221	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1.0947	1433
222	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0.6589	1433
223	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	0.9719	1433
224	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iasi	1.1877	1433
225	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1.031	1433
226	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1.8028	1433
227	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	0.6475	1433
228	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0.6392	1433
229	IS14	Spitalul Municipal Pascani	0.888	1433
230	IS28	Spital Providenta	0.483	1433
231	M01	Spitalul Militar de Urgenta „Regina Maria” Brasov	0.9364	1433
232	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr.Stefan Odobleja"	0.9813	1433
233	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	1.1133	1433
234	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	0.7136	1433
235	M05	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Victor Popescu” Timisoara	0.715	1433
236	M06	Spitalul Militar de Urgenta Avram Iancu Oradea	0.8814	1433
237	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central	0.9795	1433
238	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	0.8772	1433
239	M09	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu	0.8434	1433
240	M10	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Ion Jianu” Pitesti	0.9898	1433
241	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	0.8612	1433
242	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	0.786	1433
243	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	1.5822	1433
244	M14	Spitalul de Urgenta "Prof.Dr. Dimitrie Gerota"	1.0633	1433
245	M15	Spitalul Militar de Urgenta "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	0.9333	1433

246	M16	Spitalul "Prof.Dr. Constantin Angelescu"	0.76	1433
247	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0.9668	1433
248	MH02	Spitalul Municipal Orsova	0.7682	1433
249	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0.6891	1433
250	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1.1584	1433
251	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1.1831	1433
252	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare	0.9242	1433
253	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0.9333	1433
254	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.8695	1433
255	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0.8929	1433
256	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0.8424	1433
257	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0.8816	1433
258	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.	1.3693	1433
259	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1.8142	1433
260	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1.3505	1433
261	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1.1544	1433
262	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0.9471	1433
263	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0.8831	1433
264	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1.0715	1433
265	MS100	Centrul de Sanatate Miercurea Niraj	0.7135	1433
266	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	0.5583	1433
267	MS14	Centrul de Sanatate Sovata	0.698	1433
268	MS15	SC Adria Med SRL Centrul Medical "Galenus"	0.7955	1433
269	MS16	S.C. Centrul Medical Top Med S.R.L.	0.9184	1433
270	MS18	SC Cardiomed SRL	2.1443	1433
271	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	0.958	1433
272	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1.087	1433
273	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1.1011	1433
274	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	0.865	1433
275	NT07	Sanatoriul TBC Bisericani	0.8106	1433
276	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1.0984	1433
277	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1.0143	1433
278	OT03	Spitalul Municipal Caracal	0.9897	1433
279	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0.8773	1433
280	OT06	Spitalul Pneumoftiziologie Scornicesti	1.0703	1433
281	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	1.0115	1433
282	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0.7281	1433
283	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0.9187	1433
284	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0.7191	1433
285	PH07	Spitalul Municipal Campina	0.8445	1433
286	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0.6846	1433
287	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0.6746	1433

288	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna	0.8408	1433
289	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0.6629	1433
290	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3022	1433
291	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.7738	1433
292	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	0.8714	1433
293	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	0.7901	1433
294	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0.9998	1433
295	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0.7144	1472
296	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1.2599	1433
297	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.0643	1433
298	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	0.797	1433
299	SB04	Spitalul Municipal Medias	0.9724	1433
300	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0.7706	1433
301	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.452	1433
302	SB10	S.C. Centrul Medical Polisano SRL	1.1383	1433
303	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1.2374	1433
304	SJ02	Spitalul Orasenesc Simleu Silvaniei	0.7473	1433
305	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0.8061	1433
306	SJ10	S. C. Salvosan Ciobanca I.S.R.L.	0.7941	1433
307	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	0.9635	1433
308	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9052	1433
309	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0.8159	1433
310	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1.1986	1433
311	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	0.9831	1433
312	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0.8636	1433
313	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0.709	1433
314	SV05	Spitalul Municipal Radauti	0.9271	1433
315	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0.6667	1433
316	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7268	1433
317	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1753	1433
318	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	1.2092	1433
319	SV17	S.C. Bethesda SRL	0.7826	1433
320	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	0.8696	1433
321	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.6567	1449
322	T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0.855	1433
323	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.809	1534
324	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.8373	1433
325	T06	Spitalul Universitar CF Iasi	1.0128	1433
326	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0.7009	1473
327	T08	Spitalul General CF Oradea	1.001	1433
328	T09	Spitalul General CF Brasov	0.8798	1433
329	T10	Spitalul C.F.R. Galati	0.8549	1433
330	T11	Spitalul General CF Ploiesti	0.7435	1433

331	T12	Spitalul General CF Sibiu	0.6721	1433
332	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8376	1433
333	T14	Spitalul General CF Pascani	0.6128	1433
334	T15	Spitalul General CF Simeria	0.8598	1433
335	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0.9842	1433
336	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0.789	1433
337	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1.4779	1433
338	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1.2338	1433
339	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1.1758	1433
340	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1.3089	1632
341	TM05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. D. Popescu" Timisoara	0.7409	1433
342	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1.9017	1490
343	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0097	1433
344	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0.5826	1433
345	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.914	1433
346	TM11	Spitalul Orasenesc Sannicolau Mare	0.84	1433
347	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0.6399	1433
348	TM15	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Gataia	1.2714	1433
349	TM16	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Jebel	0.9099	1433
350	TM17	Centrul Clinic de Evaluare si Recuperare pentru Copii si Adolescenti Cristian Serban Buzias	0.5354	1433
351	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.	0.8827	1433
352	TM22	Asociatia Oncohelp Timisoara	0.6394	1433
353	TM23	S.C. Athena Hospital SRL	0.8199	1433
354	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0.9086	1433
355	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0.64	1433
356	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0.748	1433
357	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0.5966	1433
358	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiori de Vede	0.8704	1433
359	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.1292	1433
360	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	0.5502	1433
361	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	0.9815	1433
362	VL02	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ramnicu Valcea	0.9219	1433
363	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0.8086	1433
364	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0.7234	1433
365	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0.7367	1433
366	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	0.6905	1433
367	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	0.9341	1433
368	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.8363	1433
369	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0.8686	1433

370	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.5657	1433
371	VN08	Spitalul Comunal Dumbraveni	0.5169	1433
372	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1.0191	1433
373	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1.0236	1433
374	VS03	Spitalul de Copii "Sf. Nicolae" Barlad	1.1012	1433
375	VS04	Spitalul Municipal Husi	1.0277	1433
376	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.6601	1433

* ICM ROviDRG 2011 = ICM realizat obţinut prin clasificarea cazurilor raportate în perioada 01.01-30.04.2011 si validate, conform clasificării ROviDRG actualizate în decembrie 2010

Principii utilizate la calcularea TCP propuse pentru anul 2011

- Pentru spitalele a caror plata a fost in anul 2010 si primele 4 luni 2011 prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a pornit de la tarifele publicate in Normele metodologice ale contractului cadru pentru anul 2010
- Pentru spitalele a caror plata in anul 2010 si primele 4 luni 2011 nu a fost prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a considerat tarif "vechi" TCP mediu national din 2010, 1390 lei
- Numarul cazurilor ponderate a fost estimat la 12 luni plecând de la numărul de cazuri validate şi a ICM realizat de spitale în primele 4 luni ale anului 2011.
- S-a estimat bugetul global realizat de spitale la nivel national pe baza numarului de cazuri ponderate estimate la 12 luni si a TCP 2010 si s-a calculat TCP mediu national 2011=1433 lei
- Pentru spitalele al căror TCP 2010 a fost mai mare de 1433 s-a aplicat o reducere de 5%, acesta fiind noul tarif propus pentru 2011; pentru spitalele al căror TCP 2010 se situa sub 1433, acesta a fost crescut până la nivelul mediu naţional de 1433 propus pentru 2011.

ANEXA 17 B

LISTA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC, VALORILOR RELATIVE ŞI DURATA MEDIE DE SPITALIZARE

ANEXA 17 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Anexa 17 B I Lista categoriilor majore de diagnostic

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatului
4	CMD 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	CMD 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	CMD 10	Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)

18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

ANEXA 17 B II

LISTA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, VALORILOR RELATIVE ŞI A LIMITELOR DURATELOR DE SPITALIZARE

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS	Mediana DS in sectiile ATI, national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9.58	2	32	-
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	-	-	-	-
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0,649	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0,1197	-	-	-	-

6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2,3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inima	0	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14,2331	16.84	2	69	7
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28,5797	-	-	-	-
17	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4,1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1,6508	7.73	1	28	1
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	-	-	-	-
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	14	3	52	1
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	13.35	4	39	1
22	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2,5833	12.23	3	46	1
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	10.86	3	31	1
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2,0414	7.64	3	21	1
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	8.29	3	22	-
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1,4176	7.22	2	28	-

27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	4.52	1	15	-
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	9.56	2	35	-
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0,7561	6.93	2	25	-
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	5.74	2	17	-
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0,712	4.79	1	17	-
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0,8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0,8317	8.63	2	30	-
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5,0342	9.52	1	46	3
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1,5122	8.74	2	32	2
36	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8704	8.74	2	31	-
37	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1,2601	7.69	2	26	1
38	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1,7957	11.59	2	43	2
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	-	-	-	-
41	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0,8884	12.77	3	39	-
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0,3339	6.19	2	18	-

43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	7.25	1	29	-
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,7624	4.81	1	20	-
45	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	9.03	2	29	4
46	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0,8821	7.84	2	25	-
47	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,4032	6.69	1	28	-
48	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1,8776	7.06	2	21	-
49	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0,3591	6.04	2	18	-
50	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0,9766	7.19	2	20	6
51	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0,4284	6.35	2	18	-
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	11.87	3	43	5
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	9.37	3	28	4
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1,0585	8.04	2	24	4
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	1.86	1	6	1
56	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1,2223	6.68	2	18	-
57	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0,252	6.25	2	20	-
58	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	10.72	2	45	5

59	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1,1467	7.66	2	30	-
60	1	M	B3140	Menigita virala	0,6175	10.02	1	47	-
61	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0,5482	4.57	1	19	1,5
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	4.73	2	13	-
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	6.08	2	20	2
64	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0,3717	5.39	1	18	1
65	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	4.84	1	17	-
66	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6.75	1	27	2
67	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0,8191	4.02	1	15	1
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	5.36	1	19	-
69	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0,2394	3.06	1	10	-
70	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	6.33	2	21	3
71	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,5545	8.61	1	35	-
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	5.61	2	16	-
73	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1,1278	4.56	1	14	-
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2.78	1	7	1
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,8884	5.27	3	12	-
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	4.25	1	15	-
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2.66	2	6	-
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	3.78	1	12	-
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,4158	3.47	1	11	-
80	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0,2835	4.34	2	13	-
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,315	3.14	1	10	1

82	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0,8191	4.16	2	11	1
83	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	3.37	2	9	1
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	5.98	2	16	-
87	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,7057	4.06	1	12	-
88	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0,4347	5.61	2	18	-
89	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0,2898	4.37	1	14	-
90	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0,7498	4.62	2	14	-
91	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0,2961	3.92	1	13	-
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	-	-	-	-
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	7.34	2	23	1
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1,8335	9.21	2	36	1
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1,1152	9.65	2	42	1
96	3	C	D1030	Cura chirugicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	9.82	3	26	1
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1,6193	5.68	2	18	-
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0,9325	5.76	2	18	1
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	8.73	3	21	1
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0,8947	7.31	2	20	1
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,5671	5.29	2	15	1
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	5.02	2	13	1

103	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	3.21	1	10	1
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,6427	4.15	1	13	1
105	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0,2457	5.71	2	19	-
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0,4978	4.4	1	13	1
107	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0,3402	3.77	1	12	1
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0,2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	7.98	1	31	1
110	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0,5608	6.46	1	23	1
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	6.09	2	18	-
112	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4.72	2	13	-
113	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	5.14	2	13	2
114	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0,3024	4.81	2	13	1
115	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0,2394	5.01	2	13	-
116	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0,2583	3.98	1	12	-
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0,649	5.43	2	15	-
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0,2457	4.86	1	17	1
119	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0,5293	4.61	2	14	1
120	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0,1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	13.24	2	50	1
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2,1989	10.35	2	41	1

123	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	4.35	1	14	1
124	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	5.74	1	19	-
125	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.72	1	17	1
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	8.82	1	39	3
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2,6337	8.25	1	43	2
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2,6652	10.26	2	35	-
130	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2,0036	5.06	1	18	-
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	9.74	2	40	2
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0,7876	9.71	2	37	-
133	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	8.21	3	23	3
134	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	7.46	3	20	2
135	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0,5608	7.08	2	20	2
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	6.47	1	24	-
137	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,8758	6.54	2	19	2
138	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	8.58	3	22	3
139	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,6805	8.27	3	22	-

140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1,4302	6.58	2	18	-
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0,7435	5.92	2	18	-
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0,4032	4.67	2	14	-
143	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	6.91	2	26	-
144	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,3087	5.86	1	21	-
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	7.85	2	23	2
146	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0,7624	7.62	3	19	-
147	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0,5041	6.07	2	16	-
148	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0,3339	5.38	2	14	-
149	4	M	E3111	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1,0396	6.2	2	16	2
150	4	M	E3112	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0,5608	5.35	2	14	-
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	6.93	2	26	2
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	6.2	1	24	3
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0,4725	5.33	1	21	-
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0,9829	-	-	-	-
155	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	9.3	2	32	-
156	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	8.88	2	29	-
157	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0,6049	8.51	2	31	-
158	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1,676	6.94	3	16	4
159	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1,153	6.27	3	14	2
160	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0,6616	5.93	3	14	1,5

161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0,9388	6.12	1	27	1,5
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0,6364	5.58	2	19	1
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0,3843	5.08	2	16	-
164	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	-	-	-	-
165	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6,3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6,3447	-	-	-	-
167	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8,8524	21.2	7	57	2
168	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6,1557	17.57	8	37	3
169	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4,3663	-	-	-	-
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	18.4	7	43	2
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4,9397	-	-	-	-
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	14.62	7	30	2
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3,0999	-	-	-	-
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7,523	15.04	5	43	2

175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4,5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5,2232	11.74	1	63	1
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,5266	9.2	1	56	1
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4,1143	7.94	2	30	-
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,6715	9.41	2	37	-
180	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1,8461	6.24	2	16	-
181	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5,9037	17.43	4	59	1
182	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2,9487	16.22	5	45	1
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	6.67	2	19	-
184	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2,3375	14.03	3	48	1
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3,1881	7.17	2	27	0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1,342	6.97	2	26	-
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0,9388	5.25	1	19	1
188	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1,2853	5.55	2	17	-

189	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1,2538	4.99	1	17	-
190	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	6.45	2	20	-
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1,216	4.96	2	15	-
192	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1,5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0,6616	5.97	2	20	1
194	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	7.52	1	31	2
195	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1,2601	7.74	2	28	1
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	6.58	1	29	3
197	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,7327	7.49	2	24	-
198	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1,0648	6.47	2	21	-
199	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1,0396	4.9	1	16	-
200	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0,5608	3.68	1	11	-
201	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,3609	8.89	2	29	2
202	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0,6553	7.15	2	30	-

203	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0,7561	4.34	1	19	1
204	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2,7471	18.5	2	106	-
205	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	7.43	2	22	2
206	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	6.71	2	18	2
207	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1,2538	8.52	3	23	-
208	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0,5734	7.48	3	20	-
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1,5689	9.25	4	23	-
210	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	7.13	2	24	2
211	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0,4284	7.56	2	25	2
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0,5482	7.16	2	22	4
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0,2646	7.87	2	26	-
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	6.52	2	18	3
215	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0,3528	6.85	2	21	-
216	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0,378	5.64	1	21	-
217	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	6.5	2	20	3
218	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0,252	6.02	2	20	-
219	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	5.61	1	26	1
220	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0,4473	5.5	1	24	-
221	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	7.12	2	21	4

222	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0,3654	5.35	2	18	-
223	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0,8317	6.41	2	18	-
224	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.83	2	17	-
225	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	5.47	2	17	-
226	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0,2961	4.32	2	13	-
227	5	M	F3150	Durere toracica	0,2646	4.33	1	14	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	8.04	2	25	3
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	7.28	2	21	3
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0,523	6.37	2	22	-
231	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4,694	17.51	5	48	3
232	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2,6841	16.54	6	39	2
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4,4356	14.15	3	51	3
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2,1359	11.72	2	43	2
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5,0909	15.68	4	51	4
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofale sau severe	3,8182	9.1	2	29	3
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1,3672	6.57	2	22	2
238	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2,892	10.67	3	31	1

239	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1,7579	7.25	3	19	1
240	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1,0459	5.93	3	14	1
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1,9532	7.37	2	24	1
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1,0963	5.1	1	18	1
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1,0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	5.85	2	14	1
245	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0,8443	4.99	2	12	1
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	8.38	3	24	1
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0,5923	6.93	2	20	1
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0,5797	6.34	2	17	1
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0,5293	4.58	2	11	-
250	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	6.63	2	22	1
251	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.48	2	18	1
252	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	9.26	2	37	1
253	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0,8317	7.41	2	28	1
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	6.14	2	19	3
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	-	-	-	-

256	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0,4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	5.2	2	16	-
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4.02	1	12	1
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4.96	2	16	1
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1,8335	6.36	2	20	3
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0,838	5.05	2	16	-
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0,2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0,9766	5.73	1	21	3
266	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0,5041	4.29	1	14	2
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	6.58	2	22	3
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0,2583	5.26	2	17	3
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	6.47	2	18	-
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	5.77	2	16	2
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	5.72	2	19	-
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0,9703	5.13	1	18	3
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0,4473	4.12	1	13	2
274	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0,4725	4.49	2	13	-
275	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0,2331	3.61	1	11	-

276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	5.5	2	16	3
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0,2709	4.82	2	14	2
278	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	4.8	2	13	2
279	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0,3402	4.15	2	11	2
280	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0,3717	3.84	1	11	-
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0,7813	5.2	1	17	2
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0,2394	4.4	1	15	1
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5,5572	17.32	4	57	3
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2,4825	14.61	4	44	1
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4,234	15.64	4	46	3
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severee)	2,3753	14.29	4	45	2
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1,3294	12.9	3	42	2
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,432	7.79	2	25	1
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1,0648	6.09	2	16	1
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2,4825	8.16	2	30	3
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3,478	12.55	5	30	2

292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1,5563	10.8	4	25	2
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	6.26	2	18	1
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0,8443	5.42	2	13	1
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1,9469	6.95	2	22	-
296	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2,0099	6.38	2	19	-
297	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0,838	4.09	1	12	-
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1,8083	6.64	2	23	-
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1,0144	4.38	1	13	-
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0,586	5.28	1	18	-
301	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1,9406	7.44	2	27	3
302	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0,9136	7.1	2	22	3
303	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0,4347	6.47	2	19	3

304	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	6.71	2	25	2,5
305	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0,6301	5.6	1	21	2
306	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	6.93	2	22	4
307	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0,5797	6.08	2	20	3
308	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	6.04	2	20	3
309	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0,4095	5.93	2	19	3
310	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	5.93	2	18	3
311	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0,3465	4.73	2	15	2
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5,7966	-	-	-	-
313	8	C	I1021	Transfer de tesut micorvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6,9181	13.72	2	65	1
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2,7534	11	1	52	0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	17.35	6	44	-
316	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3,3834	15.03	6	34	1
317	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau	2,7597	13.88	6	29	1

				severe					
318	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2,892	14.44	5	38	1
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2,6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6,1683	-	-	-	-
321	8	C	I1070	Amputatie	4,8767	19.26	3	74	-
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	14.23	5	35	1
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1,928	12.28	4	31	1
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5,6517	7.89	2	24	-
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3,0432	7.53	1	35	1
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	9.77	3	29	1
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1,3546	7.86	2	24	1
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2,0603	11.64	1	65	1
329	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	12.2	2	50	-
330	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	9.7	2	36	-
331	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1,3546	7.77	1	35	1
332	8	C	I1131	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	11.04	3	35	1

333	8	C	I1132	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1,6004	10.71	3	35	1
334	8	C	I1133	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1,2034	8.57	2	27	1
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1,487	9.63	1	45	-
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1,9343	-	-	-	-
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0,8695	3.73	1	11	1
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1,4113	7.25	1	28	-
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	4.49	1	16	1
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0,9829	5.74	2	20	0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	7	2	26	1
342	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0,8506	5.78	1	21	1
343	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0,4221	4.11	1	14	1
344	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	4.04	1	14	1
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1,8146	7.52	1	30	1
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	6.57	1	25	1
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0,6868	5.66	1	21	1
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2,4699	6.72	1	25	1
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0,7435	4.95	1	18	0
350	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1,0711	4.67	1	14	1
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0,5545	4.31	1	14	1
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	5.56	1	22	-
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1,3483	5.36	1	19	-

354	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0,5356	4.9	1	17	-
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2,0162	9.44	1	41	-
356	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0,712	8.36	1	33	-
357	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6.68	1	26	-
358	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0,5671	4.74	1	18	-
359	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	6.1	2	18	-
360	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.37	2	16	-
361	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2,3564	7.04	2	21	-
362	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0,7939	6.29	2	21	-
363	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	6.69	2	19	2
364	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	5.8	2	21	1
365	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,189	-	-	-	-
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6.57	2	21	-
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	6.14	2	20	-
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	5.75	2	19	-
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	6.32	2	19	-
370	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0,8695	-	-	-	-

371	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0,4032	6.39	2	19	-
372	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0,2646	5.03	2	15	-
373	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	7.07	2	22	-
374	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0,3339	5.53	1	19	-
375	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	-	-	-	-
376	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	7.66	1	32	-
377	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,3465	5.03	1	20	-
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1,1026	3.92	1	12	-
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0,4284	3.56	1	10	0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0,2835	2.94	1	8	0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1,3861	4.59	1	15	0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0,586	4.17	1	14	0

383	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0,2961	3.61	1	11	0
384	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1,1467	7.24	1	30	-
385	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0,4788	5.18	1	19	-
386	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0,2583	4.53	1	16	1
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	8.02	2	30	-
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0,9262	6.24	1	23	-
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	7.34	1	29	3
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5.33	1	21	1
391	9	C	J1010	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4,8137	-	-	-	-
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1,2097	10.53	3	31	1
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,9829	5.06	1	17	1
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0,5482	4.57	1	17	0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,378	4.29	1	14	0
396	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	6.5	1	24	1
397	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.28	1	16	1
398	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0,4978	4.61	1	15	1

399	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului	0,4473	5.35	1	21	1
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0,2709	4.32	1	15	1
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	11.59	3	36	-
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2,6148	16.98	3	72	-
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1,7768	8.32	2	30	-
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	-	-	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0,8947	6.26	1	24	-
406	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3,5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1,4491	9.44	3	26	-
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0,126	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	5.6	1	22	1
410	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0,2394	3.94	1	14	-
411	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0,2772	4.04	1	14	-
412	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,342	8.82	3	27	-
413	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0,5608	6.13	2	20	1

414	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0,5545	5.14	2	17	-
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0,2709	3.71	1	12	1
416	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0,5923	5.05	2	16	1
417	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0,1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0,9199	5.93	2	18	-
419	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0,0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	11.42	3	35	1
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	-	-	-	-
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	12.47	3	37	-
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	5.38	2	12	1
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	5.24	2	16	-
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	5.22	2	16	0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	-	-	-	-
428	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2,7849	6.49	2	22	-
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0,3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,279	6.68	2	18	3
431	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0,5734	6.03	2	18	2
432	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2,306	6.25	2	19	1
433	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1,5185	6.32	2	20	-
434	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0,7246	5.17	2	14	-
435	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,3843	4.08	2	12	-
436	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0,4158	5.06	1	16	-

437	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	5.23	2	14	-
438	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0,4851	4.58	2	12	-
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	16.93	1	138	-
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1,1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	16.16	5	45	2
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2,7345	13.76	5	34	2
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	11.78	2	45	2
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	9.14	2	33	1
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1,279	8.51	2	31	1
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	10	4	23	1
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8821	8.12	3	22	-
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	9.49	2	31	1
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0,6364	7.07	2	24	1

450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,279	7.21	2	21	1
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0,523	5.77	2	16	1
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	6.07	2	18	1
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0,5419	5.98	2	19	-
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4,946	7.6	1	39	3
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2,1233	5.8	1	23	-
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1,0459	5.12	1	18	-
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	5.65	2	18	1
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0,2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0,3969	4	1	13	-
460	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2,2556	9.39	2	38	3
461	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1,216	7.43	2	25	2
462	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0,6364	5.82	2	19	2
463	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0,0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	5.94	1	24	2
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.88	1	15	-
466	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	7.8	2	23	-
467	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0,7435	6.44	2	19	2

468	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5.42	2	15	1
469	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0,3276	4.59	2	14	1
470	11	M	L3061	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	5.01	2	15	-
471	11	M	L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3339	4.53	1	14	-
472	11	M	L3070	Strictura uretrala	0,3528	5.13	1	16	-
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	7.1	2	22	-
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0,8947	5.87	2	20	-
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4.86	1	15	1
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2,7723	15.69	7	35	2
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	9.43	4	21	1
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8695	8.25	3	20	1
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	4.35	1	13	1
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0,5734	3.76	1	12	0,5
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	6.17	2	18	1
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0,441	4.77	2	14	1
483	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	3.24	1	10	1
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1,9217	5.19	1	20	-
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0,6049	7.17	2	22	1
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0,189	-	-	-	-

487	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	5.48	1	21	1
488	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0,3465	4.07	1	14	-
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1,0837	5.09	2	16	-
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0,2835	4.25	1	13	-
491	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	5.38	2	16	-
492	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0,3402	4.54	1	15	0
493	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0,2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,252	4.12	1	13	-
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3,3456	11.8	4	28	3
496	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3,0243	10.22	4	26	2
497	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1,6949	7.46	3	21	1
498	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2,5833	8.67	2	30	2
499	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1,5878	6.93	2	24	1
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1,1719	8.83	4	20	1
501	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	8.6	3	21	1

502	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0,9955	7.47	3	20	1
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	7.46	3	20	1
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0,5104	3.72	1	11	1
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	4.25	2	12	1
506	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0,3087	4.03	1	13	1
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0,2898	2.79	1	8	1
508	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2,8668	3.98	1	12	1
509	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0,3717	3.32	1	9	-
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0,189	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	6.52	1	26	2
512	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0,5797	5.25	1	19	1
513	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0,3969	4.11	2	12	-
514	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	4.09	2	12	1
515	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0,1827	3.34	1	11	1
516	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2,3123	7.51	3	19	1
517	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1,5752	7.17	3	18	1

518	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1,2223	5.47	2	13	1
519	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,2412	5.37	2	13	1
520	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9388	5.23	2	12	-
521	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0,8128	6.14	2	16	1
522	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,586	3.08	1	9	1
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0,2835	2.51	1	7	1
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0,189	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1,027	6.33	2	16	1
526	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0,7309	4.99	2	12	1
527	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0,6238	4.72	2	11	-
528	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,3402	5.44	1	18	-
529	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0,2394	2.94	1	9	-
530	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0,3276	3.82	1	12	-
531	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0,1449	3.62	1	11	-
532	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	4.17	2	12	1
533	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	-	-	-	-
534	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0,7561	2.41	1	7	-

535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15,7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12,4375	-	-	-	-
537	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9,9109	-	-	-	-
538	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6,414	12.38	2	47	-
539	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10,1629	21.59	3	79	13
540	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3,27	4.67	2	10	1
541	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0,2709	1.7	1	5	-
542	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0,4536	1.39	1	4	-
543	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22,6886	-	-	-	-
544	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15,7579	15.83	2	68	-
545	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6,0801	20.11	1	112	-
546	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4,5113	21.79	1	130	-

547	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4,6751	16.48	3	62	-
548	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3,1944	14.04	2	55	-
549	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2,3312	15.68	2	72	-
550	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2,1296	12.99	1	65	-
551	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,5581	13.01	2	52	-
552	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2,0918	9.02	2	30	3,5
553	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1,4176	7.84	2	24	4
554	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,6301	6.98	2	20	-
555	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,2934	9.56	2	30	7
556	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1,3042	6.1	2	15	3

557	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0,7309	4.68	2	10	2
558	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,315	4.15	2	8	1
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	13.15	4	35	2
560	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	5.31	1	17	1
561	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0,6175	4.82	1	15	1
562	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	5.36	2	16	2
563	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0,712	-	-	-	-
564	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0,2331	5.19	2	17	-
565	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1,3168	7.34	2	24	2
566	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0,649	5.81	2	19	2
567	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0,2268	5.45	1	19	2,5
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	6.01	1	24	-
569	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	11	2	44	-
570	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2,0162	8.25	1	34	-

571	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3,396	9.87	2	45	1
572	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1,8398	6.04	1	29	1
573	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8767	13.06	1	69	-
574	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9892	6.47	1	28	-
575	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,5248	6.68	1	26	0
576	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,712	4.39	1	16	1
577	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5,387	15.83	2	80	2
578	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1,0648	7.83	1	38	-
579	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.53	1	18	-
580	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3,0936	6.84	1	29	2
581	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1,0207	4.68	1	17	3
582	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0,1323	-	-	-	-
583	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1,1656	6.13	1	22	1
584	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0,4914	4.42	1	15	-
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0,189	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	9.03	1	37	-
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,432	6.32	2	19	-

590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1,5941	4.3	1	14	-
591	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5,6769	10.26	2	41	2
592	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	6.81	2	21	1
593	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazaitare fara CC	1,3231	6.57	2	23	-
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8.42	2	28	2
595	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0,8254	6.44	2	20	-
596	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	8.45	2	31	-
597	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,5545	6.58	2	21	-
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0,8443	5.28	2	15	-
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0,3969	4.3	1	13	-
600	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0,5734	6.06	2	17	-
601	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0,3087	4.91	2	15	-
602	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	6.01	2	17	2
603	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0,5608	5.44	2	16	-
604	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1134	-	-	-	-
606	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2,3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1,3168	16.62	3	60	-

608	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1,928	12.21	3	41	-
609	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0,9325	13.46	3	48	-
610	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	12.91	4	38	-
611	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1,4996	12.69	4	36	-
612	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0,8695	11.18	3	37	-
613	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0,6553	8.7	2	33	-
614	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3,3204	5.37	2	17	-
615	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0,8002	10.17	2	42	-
616	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1,6634	5.54	2	18	-
617	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0,5545	9.95	2	42	-
618	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0,2457	8.62	1	37	-
619	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0,7309	11.81	2	55	-
620	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0,6805	10.43	2	44	-
621	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0,0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0,3843	7.38	1	29	-
623	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0,3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0,3843	8.91	1	40	-
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traummatisme multiple semnificative	15,2538	30.71	6	103	14

626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	16.56	5	47	3
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	15.17	4	45	4
628	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	17.94	3	71	-
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1.38	1	5	1
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2,0036	7.78	2	29	3
631	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0,838	5.13	1	18	-
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1,8272	12.27	2	55	1
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0,7624	8.77	1	35	-
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0,5545	4.4	1	16	1
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	5.82	1	22	1
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0,6553	3.89	1	14	1
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	18.67	2	90	-
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1,5437	14.29	2	68	-
639	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0,8506	5.99	2	21	-
640	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0,2772	5.89	1	21	-

641	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0,2268	4.26	1	14	1
642	21	M	X3020	Reactii alergice	0,2457	4.36	1	14	-
643	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0,586	3.76	1	13	1
644	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0,2457	2.2	1	6	1
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	5.88	2	17	-
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0,3906	6.83	2	25	-
647	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0,649	8.66	2	34	-
648	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0,2268	7.12	1	30	-
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28,8695	19.53	2	113	6
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	24.61	5	80	2
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1,9469	22.49	3	108	-
652	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1,1971	11.63	2	49	2
653	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	10.07	2	35	-
654	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0,4347	6.43	1	23	-
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0,252	-	-	-	-
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	12.61	2	57	-

657	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1,0585	3.76	1	14	-
658	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0,4536	2.91	1	10	-
659	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0,1701	-	-	-	-
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	11.93	4	29	-
661	23	M	Z3012	Reabilitarere fara CC catastrofale sau severe	1,1341	10.22	6	18	-
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne si simptome	0,441	5.52	2	19	-
664	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0,189	4.92	1	18	-
665	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	3.26	1	11	-
666	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0,4914	3.73	1	13	-
667	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0,5923	4.21	1	16	-
668	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0,1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,441	4.6	2	14	-

NOTA:

"-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare

DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupa de diagnostice au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada 01.01-30.04.2011.

Mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI la nivel national, a fost calculata luand in considerare toate cazurile raportate si validate in perioada 01.01-30.04.2011 pentru o anumita grupa de diagnostice, pentru care s-a inregistrat minim un transfer intraspitalicesc in sectia Anestezie si terapie Intensiva – ATI.

M - categorie Medicala, C - categorie chirurgicala, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienţilor doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG şi tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

Grouper: aplicaţie computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mici faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mari faţă de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conţine un procent semnificativ de observaţii (de exemplu 95% din observaţii)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conţine un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară şi limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obţine o limită inferioară (LINF) şi o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 17 a).

Indice de echivalenţă - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcţie de durata de spitalizare a cazului şi limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).

e = 1 pentru LINF <= DS <= LSUP

e = DS/LINF pentru DS < LINF

e = DS/LSUP pentru DS > LSUP, e maxim = 3

Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:

LINF pentru DRGi este 3 zile

LSUP pentru DRGi este 18 zile

Se observă că acest caz este un caz extrem mic (DS < LINF), deci e = DS/LINF = 2/3

Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalenţă

CE = Σ (CRi x ei)

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

K = Σ (CEi x VRi) / Σ (CRi x VRi)

Cazuri ponderate (CP): pacienţi "virtuali" generaţi prin ajustarea cazurilor externate, în funcţie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente

Nr. CP = Σ (VRDRGi x CRDRGi)

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienţi trataţi într-un spital, în funcţie de diagnostic şi gravitate

Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanţă cu pacienţii trataţi

ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A

Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referinţă, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

- pentru un spital:

CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate

- la nivel naţional:

CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel naţional / nr. total cazuri ponderate

Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital

Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital

TCR = TCP x ICM

Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.

TCDRGi = TCP x VRDRGi
Abrevieri:
CMD = Categorii majore de diagnostice
DRG = Grupe de diagnostice
VR = Valoare Relativă
DS = Durată de spitalizare
CR = Cazuri rezolvate (externate)
CN = Cazuri normale
CEMC = Cazuri extreme mici
CEMR = Cazuri extreme mari
LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate
LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate
e = Indicele de echivalenţă
CE = Cazuri echivalente
K = Coeficientul cazurilor extreme
CP = Cazuri ponderate
ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)
CCP = Costul pe caz ponderat
RB = Rata de bază
TCP = Tariful pe caz ponderat
TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 17 C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECŢIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE –PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secţie/compartiment	Codul secţiei/compartimentului*	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2011 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	211,50
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	113,54
3	Cronici	1061	207,50
4	Distrofici - Pediatrie(Recuperare pediatrica)	1272	148,00
5	Pneumoftiziologie	1301	209,50
6	Pneumoftiziologie copii	1302	270,00
7	Pediatrie cronici	1282	290,96
8	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul II	1222.1	500
9	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul III	1222.2	1.000
10.	Psihiatrie cronici	1333	117,50
11	Psihiatrie cronici(lunga durata)	1333	101,84
12	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	212,50
13	Recuperare medicala - ortopedie şi traumatologie	1403	281,00
14	Recuperare medicala - respiratorie	1413	268,50
15	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	208,33
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	216,50
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	227,84
18	Recuperare medicală		220,95
19	Geriatrie, gerontologie	1121	179,00
20	Îngrijiri paliative		246,57

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare
NOTA 1: Pentru spitalele clasificate în categoria I, I M, II şi II M, tariful maximal pe zi de spitalizare pe 2011 se poate majora cu 30%
NOTA 2: Tariful contractat pentru anul 2011 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii:

a) nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2011
b) nu poate mai mare decât tariful contractat în anul 2010 + 15%

NOTA 3 : Pentru spitalele care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2010, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2011 este diminuat cu 20%.

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUŢI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Secţia/compartimentul (acuţi)	Codul secţiei/ Compartimentului*	Tarif mediu pe caz rezolvat - maximal 2011 - lei -
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.180,54
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	980,79
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.809,74
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.053,92
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	948,23
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.119,20
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	819,60
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1.078,30
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.110,94
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	947,44
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	1.020,83
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.162,06
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.537,30
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	995,35
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.166,33
16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	870,33
17.	Medicale	Medicina interna	1171	958,22
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.173,29
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	878,24
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	928,43
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	856,40

22.	Medicale	Neurologie	1231	1.319,02
23.	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.067,29
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	1.044,47
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.281,00
26.	Medicale	Pediatrie	1252	913,73
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.051,37
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	801,68
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.404,69
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrica	1312	1.358,47
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.422,66
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.494,72
33.	Medicale	Reumatologie	1433	1.003,53
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	3.252,54
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.388,38
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.406,56
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.328,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatrica	2092	1.016,84
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrica	2102	1.279,64
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.433,34
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.684,22
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.400,42
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	775,45
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.133,53
45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	990,61
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	850,26
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	711,69
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	772,37
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1,348,12
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrica	2212	1.003,41
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.209,94
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.289,06
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.096,45
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.061,51

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

ANEXA 18
- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
..... |_____|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie şi
| imagistică medicală
| Precizări: .....
DA/NU | .....
7. Dg. trimitere ..... | Observaţii speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator ..... DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice şi paraclinice | 3. Antecedente alergice ..... DA/NU
care să justifice explorarea | 4. Astm bronşic ..... DA/NU
RMN: | 5. Crize epileptice ..... DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină ..... DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
| osteosinteză
Dacă DA Data ..... Unde ..... | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
|
| Semnătura pacientului
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
..... |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU

```
                                    | *) Se va aplica semnătura şi parafa
                                    | medicului de specialitate radiologie şi
                                    | imagistică medicală
    6. S-au epuizat celelalte metode |
    de diagnostic: DA/NU            | Precizări: .....
    7. Dg. trimitere ..... | .....
    ..... | .....
    8. Date clinice şi paraclinice care| Diagnostic CT stabilit .....
    să justifice explorarea CT:     | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    9. Examen CT anterior:       DA/NU | .....
    10. Toleranţă la substanţa iodată: | .....
    DA/NU                           | .....
    Trimis de (spital, clinică) ..... |
    Medic solicitant ..... Data: .... |
    Semnătura şi parafa medicului
    solicitant
    Aviz şef secţie solicitantă cu
    asumarea responsabilităţii*):
    (semnătura şi parafa)
```

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
    UNITATEA SANITARĂ .....   Tel.:
    DEPARTAMENTUL .....   Fax:


                              _________________
    Şef departament          | URGENŢĂ: DA/NU |
    .....                    |_________________|
```

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

```
    Tip de examen scintigrafic indicat .....
    Organ/segment anatomic de examinat .....
    1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
    2. Cod numeric personal .....
    3. Greutate ..... Kg | Programare examen scintigrafic
    4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU    |
    Alte case ..... | Data: .....
                                        | Ora: .....
    5. Internat DA/NU -                 |
    Secţia ..... nr. FO ..... |
    6. S-au epuizat celelalte metode de |
    diagnostic: DA/NU                   | Precizări*): .....
    7. Dg. trimitere ..... | .....
    ..... | .....
    8. Date clinice şi paraclinice care | Diagnostic scintigrafic stabilit
    să justifice explorarea             | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | .....
    ..... | *) Sarcina reprezintă contraindicaţie
    9. Examen scintigrafic anterior:    | de efectuare a examenului scintigrafic
    DA/NU                               |
    10. Stări alergice*): DA/NU         | Semnătura pacientului
    Trimis de (spital, clinică) ..... | (acolo unde este necesară confirmarea)
    Medic solicitant    Data:           |
```

Semnătura şi parafa medicului solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament .....

URGENŢĂ: DA/NU

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU
Alte case .....
5. Internat DA/NU -
Secţia ..... nr. FO .....
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU
7. Dg. trimitere .....
.....
.....
8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea
.....
.....
.....
.....
.....
.....
9. Examen angiografic anterior: DA/NU
10. Puls: - arteră femurală dreaptă .....
- arteră femurală stângă .....
10. Stări alergice*): DA/NU
- la substanţa de contrast .....
- alte alergii .....

Programare examen angiografic

Data: .....
Ora: .....

Precizări*): .....
.....
.....

Observaţii speciale legate de pacient:
1) Pacient diabetic ..... DA/NU
- în tratament cu sulfamide hipoglicemiante ..... DA/NU
(dacă DA se opreşte tratamentul cu 48 de ore înaintea investigaţiei)
2) Hepatita ..... DA/NU
Diagnostic angiografic stabilit
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*) - Pacientul se va prezenta obligatoriu cu următoarele teste efectuate: activitatea protrombinică şi timpul de protrombină determinate în ziua efectuării investigaţiei, creatinină, uree, ECG, tensiune arterială, antigen HbS, test HIV
- Administrarea anticoagulantelor cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore înaintea investigaţiei; medicaţia antihipertensivă şi antiaritmică NU se opreşte;

| Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ..... | (acolo unde este necesară confirmarea)
|
Medic solicitant Data: |
Semnătura şi parafa medicului |
solicitant |
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura şi parafa medicului care a efectuat investigaţia

NOTA la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie şi angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fişele de solicitare pentru aceste investigaţii trebuie să conţină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

ANEXA 19

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECŢII

valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii

Secţia sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie şi terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică şi balneologie	12
3. Boli infecţioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală şi maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7

16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5
31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie şi traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri***)	16,5
37. Psihiatrie acuţi	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie şi gerontologie	14
42. Alergologie şi imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependenţă	21
45. Alte specialităţi medicale	5

*) Pentru secţiile de arşi, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

***) pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ:

1. La spitalele/secţiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

„2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii Bucureşti, Sectia de Patologie Neuromusculară <<Dr. Radu Horia>> din cadrul Spitalului de Cardiologie <<Dr. Benedek Geza>> Covasna, judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocniţei>>, judeţul Dâmboviţa şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile."

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici şi patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică şi balneologie, este de 21 de zile, cu excepţia cazurilor complexe după intervenţii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate şi cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Spitalul de Cardiologie <<Dr. Benedek Geza>> Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuţie a bugetului instituţiei publice - Cheltuieli la data de .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - anuale

B - trimestriale

C - bugetare

D - legale

E - totale

F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificaţia bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăţi efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizaţii de conducere	10,01,03						

Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanţă	10,01,09						
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10,01,12						
Indemnizaţii de delegare	10,01,13						
Indemnizaţii de detaşare	10,01,14						
Alocaţii pentru locuinţe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuţii	10,03						
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuţii de asigurări de şomaj	10,03,02						
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10,03,04						
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10,03,06						
Contribuţii la Fondul de garantare a creanţelor salariale	10,03,07						
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII total,	20						
Bunuri şi servicii	20,01						
Furnituri de birou	20,01,01						
Materiale pentru curăţenie	20,01,02						
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20,01,03						
Apă, canal şi salubritate	20,01,04						
Carburanţi şi lubrifianţi	20,01,05						
Piese de schimb	20,01,06						
Transport	20,01,07						
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20,01,08						
Materiale şi prestări							

servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20,01,09						
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20,01,30						
Reparaţii curente	20,02						
Medicamente şi materiale sanitare	20,04						
Hrană	20,03						
Hrană pentru oameni	20,03,01						
Hrană pentru animale	20,03,02						
Medicamente	20,04,01						
Materiale sanitare	20,04,02						
Reactivi	20,04,03						
Dezinfectanţi	20,04,04						
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05						
Alte obiecte de inventar	20,05,30						
Deplasări, detaşări, transferări	20,06						
Deplasări interne, detaşări, transferări	20,06,01						
Deplasări în străinătate	20,06,02						
Materiale de laborator	20,09						
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20,11						
Consultanţă şi expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						
Protecţia muncii	20,14						
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol şi reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20,30,30						

TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acţiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51,01,38						
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51,01,08						
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitaliceşti realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanţate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ: *) Tarifele menţionate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti

ANEXA 20

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

Şi

Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţă medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi. Fac excepţie urgenţele medico-chirurgicale, bolile cu potenţial endemo-epidemic care necesită izolare şi tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;

b) investigaţii;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitaliceşti, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

g) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h. 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ….. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în normele de aplicare a acestuia;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în această situaţie, spitalul are obligaţia să depună la casa de asigurări de sănătate odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

y) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

z) să acorde serviciile medicale de urgenţă necesare, în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgenţă; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienţi, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgenţă; în această situaţie casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ab) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătăţii, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…… pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripţia medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii în condiţiile legii.

am) să asigure continuitatea asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavii cu afecţiuni cronice;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Anexa 17: …… lei

b) Suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

| Secţia/ | Nr. | Durată optimă | Tarif pe zi de | Suma |

Compartimentul	cazuri externate	de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	spitalizare/ secţie/ compartiment	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare pe secţie / compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabileşte astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat şi este de ..... lei.

Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizor şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţia/compartimentul de paliaţie din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz) din spitalele de cronici şi de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Anexa 17:…… lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri /cazuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăşi 25%din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condiţiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgenţă, şi neinternate prin spitalizare continuă, se stabileşte prin înmulţirea nr. de cazuri şi tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Această sumă se evidenţiază distinct în prezentul contract.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2011 este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată iniţial de către casele de asigurări de sănătate se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi

raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Art. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul se modifica din nou, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de santate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată

nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Manager,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	Director medical,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei Relaţii Contractuale	
.....	
	Director financiar-contabil,
	.....
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	
	Director de îngrijiri,
	.....
	Director de cercetare-dezvoltare,
	.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare .....
- contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului

- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- lista materialelor sanitare şi a medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 17 la la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari.

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice;

- declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

I. ACTE ADIŢIONALE

1. Act adiţional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică,

precum şi în cabinete de specialitate integrate ale spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice.

2. Act adiţional

Pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanţate din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

II. Pentru serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale majore (cod roşu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

a. mama este inconştientă
b. mama prezintă convulsii
c. tegumentele mamei sunt reci şi umede, stare de leşin (insuficienţă cardio-vasculară)
d. nou-născutul nu plânge/respiră
e. copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie
f. hemoragie după săptămâna 20 de sarcină
g. contracţii uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină
h. membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină
i. membrane rupte sau senzaţia mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspicionat a fi în poziţie anormală
j. pacientă inconştientă cu probleme ginecologice/obstetrice
k. dispnee, probleme ginecologice/obstetrice
l. durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă
m. sângerare, paloare, transpiraţie sau aproape de sincopă
n. pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracţii sau sângerare
o. sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni
p. contracţii puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină
q. durere şi sângerare (în cantităţi mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină
r. convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. inconştienţă
b. nivel scăzut de conştienţă
c. dificultate serioasă în respiraţie
d. tegumente palide şi umede, aproape sincopă
e. pacient slăbit cu durere toracică
f. durere toracică şi greaţă

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. suspiciunea mai multor victime grav afectate
b. inconştient, după arsură termică/electrică
c. nivel scăzut al conştienţei după arsură termică/electrică
d. dificultăţi în respiraţie după arsura termică/electrică
e. suspect de leziuni datorate inhalării de fum
f. mai mult de 20% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (adult)
g. mai mult de 10% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (copil sub 10 ani)
h. suspiciune de arsuri severe, informaţii incerte
i. suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt
j. suspiciune de cădere, leziuni grave suspicionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. mai multe victime, imersie în apă sau dispărute
b. imersie în apă confirmată, inconştient
c. imersie în apă cu dificultăţi în respiraţie
d. victimă aflată încă în apă
e. pacient cu imersie în apă mai mult de un minut
f. accident prin săritură în apă
g. leziune extinsă şi imersie în apă
h. suspiciune de hipotermie
i. dezorientat/confuz, fără dificultăţi în respiraţie
j. tuse severă posibilă aspiraţie

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute
b. victimă aflată încă în apă
c. inconştient după scufundare
d. tegumente reci şi umede, aproape sincopă
e. confuz sau agitat după scufundare
f. paralizie sau ameţeli în diferite părţi ale corpului
g. leziuni extinse vizibile
h. suspiciune de hipotermie moderată sau severă
i. toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conştienţă, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. inconştient
b. dificultăţi în respiraţie

c. tegumente palide şi umede, aproape sincopă
d. muşcătură de viperă cu simptome generale
e. muşcătură de viperă la copil mic
f. hemoragie necontrolată după muşcătură
g. înţepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. susp. mai multe victime grave
b. susp. inconştient în urma accidentului
c. greutate la respiraţie în urma accidentului
d. starea de conştienţă în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită
e. paralizie
f. paloare, transpiraţii, aproape inconştient
g. sângerare necontrolabilă
h. strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei.
i. leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părţi ale corpului
j. fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
k. extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
l. pacient carcerat, blocat etc.
m. cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
n. susp. de traumatism prin energie mare, informaţii neclare
o. dureri precordiale pre-existente, ameţeli acute, cefalee, diabet
p. dureri mari (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
a. inconştient în urma intoxicării
b. dificultăţi în respiraţii relatate la intoxicaţie
c. ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
d. greutate în deglutiţie în urma intoxicaţiei
e. paloare, transpiraţii şi obnubilare
f. convulsii în urma intoxicaţiei
g. informaţii neclare despre substanţe şi simptome

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. inconştient mai mult de 5 minute
b. dificultăţi în respiraţie în urma unui traumatism cranian
c. nivelul conştienţei în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
d. pacient neliniştit, confuz, necontrolabil sau agresiv
e. traumă craniană şi convulsii
f. traumă craniană şi paralizie
g. palid, transpirat, obnubilat
h. strivire sau plagă penetrantă a feţei, mandibulei sau a gâtului
i. traumă craniană cu alte leziuni semnificative
j. pacient carcerat sau blocat
k. accident forestier
l. cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
m. suspect traumă indusă prin energie mare, informaţii neclare
n. pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
o. dureri intense nesuportabile

10. HIPO-HIPERTERMIA
 a. dificultate în respiraţie cu hipotermie
 b. neliniştit, confuz sau necooperant cu hipo-hipertermie
 c. alte leziuni extinse cu hipotermie
 d. susp. de hipotermie gravă, sub 32 grade
 e. pacient slăbit cu susp. de hipertermie

11. INCIDENT MAJOR
 a. incendiu - Explozie
 b. prăbuşire de avion
 c. accident de tren - tram.
 d. accident rutier
 e. dezastru natural
 f. scăpări de gaze
 g. accident naval
 h. atac terorist, război
 i. alte dezastre
 j. posibile dezastre sau accidente în masă

12. LEZIUNI CHIMICE
 a. susp. multiple victime
 b. inconştient în urma leziunilor chimice
 c. nivelul de conştienţă scăzut în urma accidentului chimic
 d. greutate în respiraţie în urma incidentului chimic
 e. dificultate în respiraţie în urma accidentului chimic
 f. palid, transpirat, aproape inconştient
 g. peste 15% suprafaţă leziuni cu subst. corosivă la adult
 h. peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
 i. ingestie de subst. alcaloidă la copii
 j. susp. de leziuni grave. Nu avem informaţii clare
 k. incident major
 l. scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
 m. accident cu subst. hazardoase implicate
 n. ingestie de substanţe caustice, antigel, organofosforice

13. ACCIDENT RUTIER
 a. susp. multiple victime cu leziuni serioase
 b. inconştient în urma accidentului
 c. dispnee în urma accidentului
 d. stare de conştienţă în scădere sau obnubilare prelungită
 e. traumă craniană cu nelinişte, agresiv sau convulsii
 f. palid, transpirat obnubilat
 g. paralizie în urma accidentului
 h. strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei
 i. leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părţi ale corpului
 j. fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
 k. victimă blocată
 l. susp. traumă prin energie mare, informaţii neclare
 m. accident cu substanţe chimice periculoase
 n. dureri precordiale, ameţeli, cefalee, diabet preexistente

o. a fost inconştient dar acum este bine şi fără alte criterii de urgenţă
p. durere intensă fără alte criterii aparente de urgenţă

14. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. suspect de afecţiuni severe
b. inconştient după violenţă
c. Dispnee după violenţă
d. nivel scăzut al stării de conştienţă
e. leziuni la nivelul extremităţii cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
f. leziuni la nivelul capului şi convulsii
g. paralizie după violenţă
h. sângerare incontrolabilă sau paloare, transpiraţii, aproape de sincopă
i. leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
j. leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
k. leziuni severe suspecte, informaţii neclare

15. ALERGII
a. inconştient după reacţia alergică
b. reacţie alergică imediată cu dificultăţi respiratorii
c. reacţie alergică, dificultăţi la vorbire şi deglutiţie
d. reacţie alergică, edem glotic
e. rece şi transpirat, aproape de sincopă
f. simptome imediate, antecedente de şoc anafilactic

16. SINCOPA
a. Inconştient, obnubilat
b. inconştient, respiraţie anormală
c. căderea nivelului de conştienţă sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conştienţei
d. antecedente neclare de boală sau inconştienţă
e. aproape de sincopă, palid şi transpirat
f. cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conştienţă
g. diabetic cunoscut aflat în stare de inconştienţă
h. sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conştienţă

17. SÂNGERAREA
a. inconştient şi sângerează, cauză netraumatică
b. dispnee şi sângerare, de cauză nontraumatică
c. aproape de sincopă, palid şi transpirat
d. hematemeză, palid şi transpirat
e. scaune închise la culoare şi tare, pacient transpirat, palid
f. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
g. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantităţi mici sau mari însoţite de durere)
h. sângerare masivă necontrolată

18. DURERI TORACICE
a. inconştient după durere toracică
b. dispnee şi durere toracică
c. durere toracică tipică în infarctul de miocard

d. durere toracică, palid şi transpirat
e. durere toracică aproape de sincopă
f. suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient

19. DIABET ZAHARAT
a. cunoscut diabetic aflat în stare de inconştienţă
b. diabetic cunoscut, dispneic
c. diabetic cunoscut, prezintă convulsii
d. diabetic cunoscut cu dureri toracice severe

20. TEMPERATURĂ
a. inconştient, temperatură crescută
b. pacient slăbit, temperatură şi dispnee marcată
c. motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
d. pacient slăbit, temperatură, dificultăţi la deglutiţie şi sialoree (suspect epiglotită)

21. AVC (APOPLEXIE)
a. inconştient, suspect de AVC
b. dispnee suspect AVC
c. convulsii prezente, suspect AVC
d. inconştient mai mult de 20 min.
e. perioadă lungă cu nivel scăzut al conştienţei, simptomele apoplexiei
f. cefalee bruscă, intensă (violentă)
g. traumatism cranian recent, simptome de apoplexie

22. CEFALEE
a. pacient inconştient cu cefalee care a precedat starea de inconştienţă
b. cefalee şi dispnee marcată
c. cefalee şi scăderea nivelului de conştienţă
d. cefalee intensă cu paralizie sau dificultăţi de vorbire
e. cefalee şi temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
f. cefalee severă şi convulsii

23. CONVULSII
a. nu respiră normal după convulsii
b. convulsii pentru prima oară, inconştient
c. convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
d. pacient obnubilat între convulsii frecvente
e. obnubilat 20 de min. după convulsii
f. însărcinată cu convulsii
g. diabetic cu convulsii
h. convulsii după leziune craniană recentă
i. convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
j. convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
k. eritem, febră şi convulsii

24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. inconştient după criză de dureri abdominale sau de spate
b. dispnee cu durere abdominală sau de spate
c. aproape sincopă, nivel scăzut de conştienţă

d. durere intensă abdominală sau de spate, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
e. pacient peste 50 de ani cu debut brusc
f. vomită sânge, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
g. scaune tari şi închise la culoare, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
h. femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
i. palid şi transpirat sau aproape de sincopă

25. PSIHIATRIE/SUICID
a. inconştient după tentativă violentă de suicid
b. inconştient, obnubilat după supradoză/intoxicaţie
c. dispnee (fără suspiciune de hiperventilaţie)
d. cel care sună sau aparţinătorii se simt ameninţaţi de pacient
e. tentativă serioasă cu violenţă de suicid
f. supradoză/intoxicaţie sau simptome serioase

26. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. inconştient nu respiră normal
b. pacient slăbit, dispnee
c. palid şi slăbit, aproape de sincopă
d. dispnee, dureri toracice constrictive
e. criză de astm, nu se îmbunătăţeşte starea cu medicaţie
f. dispnee, nu poate vorbi coerent
g. copil sub 12 ani, în poziţie şezândă, cianotic
h. slăbit, pacient febril cu dificultăţi la înghiţire sialoree (suspect epiglotită)
i. suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tuşeşte sau plânge
j. leziuni la nivelul toracelui şi dispnee
k. dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă

27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. inconştient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicaţie
b. dificultăţi respiratorii după stare de ebrietate/intoxicaţie
c. persoană care face apelul/aparţinătorii se simt ameninţaţi
d. supradoză/intoxicaţie şi simptome critice
e. palid şi transpirat aproape de sincopă
f. convulsii care durează mai mult de 5 min
g. cocaină sau crack cu dureri toracice
h. intoxicaţie şi suspicionarea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)

28. COPIL BOLNAV
a. inconştient, obnubilat (fără convulsii febrile)
b. nu respiră
c. copil slăbit cu dispnee
d. suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
e. slăbit, copil febril, dificultăţi la deglutiţie, sialoree (posibil epiglotită)
f. copil slăbit şi iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
g. convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
h. pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile

29. URECHEA
a. inconştient, nu respiră normal

b. leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conştienţă scăzut
c. ameţeală, nivel scăzut al stării de conştienţă
d. ameţeală, paralizie
e. ameţeală, dureri toracice
f. ameţeală, palid şi transpirat

30. OCHIUL
a. inconştient după ce a acuzat probleme de vedere
b. dispnee şi tulburări ale vederii
c. inconştient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
d. leziune a ochiului şi scăderea nivelului stării de conştienţă

B. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
a. copilul s-a născut, mama şi copilul par bine
b. mai puţin de 2 minute între contracţii la prima naştere
c. mai puţin de cinci minute între contracţii (după prima naştere)
d. membrane rupte (copil în poziţie normală)
e. senzaţia mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziţie normală
f. durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
g. traumatism abdominal în sarcină, fără contracţii sau sângerare, pacienta nu prezintă alte probleme vitale
h. durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
i. sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
j. preeclampsie în antecedente, cefalee
k. sângerare mai mare de trei tampoane/oră, altfel bine şi nu prezintă semne de şoc

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră şi nivel de conştienţă alterat însă nu inconştient
b. febră şi erupţii cutanate
c. episoade sincopale repetate
d. ameţeală cu debut brusc, slăbiciune
e. pacient slăbit, informaţii neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. a fost inconştient, recuperează treptat
b. mai puţin de 20% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feţei (adulţi)
c. mai puţin de 10% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/faţă (copil sub 10 ani)
d. corozive în ochi
e. poliţia sau pompierii cer un echipaj de asistenţă, necunoscându-se dacă sunt victime
f. cădere de la înălţime sub 4 metri, pacient conştient fără semne de traumatism grav

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. pacient conştient fără dificultate în respiraţie
b. leziuni aparente minore

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
   a. tuse severă după scufundare, hipotermie uşoară

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
   b. muşcătură de viperă fără simptome generale
   c. înţepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de şoc
   d. muşcătură de animal în regiunea feţei sau gâtului fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
   e. hemoragie controlată după muşcătură

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
   a. o singură fractură sub genunchi
   b. fractura antebraţului
   c. susp. fractură col de femur
   d. sângerare controlată
   e. cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgenţă)
   f. dureri moderate (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
   a. ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgenţă
   b. alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgenţă
   c. ingestie de derivate petroliere cu simptome minore
   d. ingestie de nicotină fără alte criterii de urgenţă

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
   a. a fost inconştient, acum mai bine
   b. leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgenţă
   c. sângerare controlată
   d. cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgenţă
   e. dureri moderate fără alte criterii de urgenţă
   f. antecedente de dureri precordiale, ameţeli acute, cefalee, diabet

10. HIPO-HIPERTERMIA
   a. susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgenţă
   b. susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate
   c. degerătură localizată
   d. pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie

11. LEZIUNI CHIMICE
   a. leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgenţă, vorbeşte clar, nerăguşit
   b. sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
   c. sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
   d. leziune corosivă oculară
   e. ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgenţă
   f. inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgenţă
   g. poliţia, pompierii cer sprijin logistic fără să se ştie dacă sunt victime

12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituţie medicală)

a. fractură izolată a antebraţului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situaţia confirmată de persoană autorizată
b. susp. fractură col de femur
c. leziuni faciale minore fără alte criterii de urgenţă
d. sângerare controlată fără alte criterii de urgenţă. Situaţia confirmată de persoană autorizată
e. durere moderată fără alte criterii de urgenţă
f. poliţia, pompierii cer sprijin fără a se şti dacă sunt victime, DISTANŢA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid.

13. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE

a. leziuni faciale fără alte criterii de urgenţă
b. leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei
c. fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)
d. leziuni minore cauzate de arme
e. pacientul a fost inconştient, îşi revine treptat
f. sângerare controlată (fără alte criterii de urgenţă)
g. durere severă
h. victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgenţă)
i. victimă a violenţei cu reacţie psihică acută
j. asistenţă la cererea poliţiei

14. ALERGII

a. reacţie acută, fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
b. antecedente de şoc anafilactic, expunere fără simptome

15. SINCOPA

a. Paralizie, slăbiciune sau dificultăţi de vorbire, trezibil
b. episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan şi fără alte simptome
c. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă după traumatism cranian
d. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă şi suspect de ingestie de droguri/alcool
e. suspect de convulsii febrile, recuperează
f. pierdere pasageră a stării de conştienţă cu dureri toracice sau palpitaţii, în revenire

16. SÂNGERAREA

a. sângerare limitată necontrolată
b. hematemeză, fără semn de şoc
c. scaune tari, închise la culoare
d. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră
e. sângerare vaginală, mai mult de trei tampoane/oră, fără semne de şoc
f. hemoragie nazală incontrolabilă

17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual

a. durere toracică, greaţă
b. durere toracică, tahicardie

c. durere toracică, atipică IM, în plină sănătate
d. antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG
e. debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice

18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
a. nivel scăzut al stării de conştienţă, incapabil de a ingera lichide
b. palid, transpirat, aproape de sincopă
c. comportament anormal sau neobişnuit
d. cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată
e. diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează
f. temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)

19. TEMPERATURĂ
a. temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
b. pacient slăbit cu temperatură şi simptome neclare
c. pacient diabetic cu temperatură

20. AVC (APOPLEXIE)
a. hemiplegie, altfel fără probleme
b. slăbiciune bruscă şi amorţeală la nivelul membrelor superioare şi inferioare
c. dificultăţi acute în vorbire
d. diabetic şi simptomele apoplexiei
e. AVC, pacienţi internaţi la azile de bătrâni

21. CEFALEE
a. cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiavută până acum
b. cefalee cu intensitate crescândă la mai puţin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgenţă
c. sarcină cu creşterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgenţă
d. pacient cu operaţie de şunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgenţă
e. pacient slăbit, cefalee neclară

22. CONVULSII
a. trezibil după 20 min. după convulsii
b. recuperează după convulsii
c. convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool

23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgenţă
b. dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mişca
c. vomismente ca zaţul de cafea
d. femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare

24. PSIHIATRIE/SUICID
a. confuzie instalată brusc şi comportament anormal fără funcţii vitale afectate cu starea de conştienţă păstrată
b. zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
c. ameninţare serioasă de suicid
d. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptomatologie care denotă ameninţare de funcţii vitale

e. delirium tremens
f. apel la cererea poliţiei/fără persoane în pericol vital
g. pacientul doreşte să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpiraţii etc.
b. dispnee, altfel bine
c. sughiţ, tuse uscată, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, poate vorbi, tuşeşte şi/sau plânge

26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptome critice/funcţii vitale ameninţate
b. delirium tremens
c. convulsii, terminate acum
d. apel la cererea poliţiei

27. COPIL BOLNAV
a. dispnee, dar în general bine
b. copil agitat, cu temperatură
c. copil slăbit, cu debut rapid al bolii
d. copil slăbit, simptome neclare
e. convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit
f. temperatură înaltă (peste 40 grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat şi sub roşu)
g. diabet şi temperatură (cu excepţia obişnuitei răceli)

28. URECHEA
a. leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conştienţă
b. scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conştient şi nu prezintă alte simptome sau probleme

29. OCHIUL
a. leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conştienţă
b. leziuni corozive la ochi
c. dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucum acut?)
d. ingerare de metanol sau etilen glicol
e. tulburări de vedere, fără un motiv aparent

C. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultaţii de urgenţă la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
a. mai mult de 2 minute între contracţii (prima naştere)
b. mai mult de 5 minute între contracţii (la a II-a, III-a naştere)
c. sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
d. crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
e. dureri abdominale şi temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
f. dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
g. dureri neobişnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră
b. ameţeli dar nu slăbiciune
c. simptome neclare, dar nu slăbiciune
d. probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conştient, nu este cunoscut cardiac
b. arsuri minore
c. cădere de la o înălţime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conştient fără semne de leziuni grave
d. implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. pacient conştient fără dificultăţi în respiraţie sau alte simptome
b. leziuni minore după scufundare

5. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. înţepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
b. înţepătură cu reacţie locală puternică fără reacţie generală
c. muşcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgenţă)
b. Plăgi şi contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAŢII, COPII
a. Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanţe periculoase
b. Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgenţă

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgenţă
b. Plăgi, contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA
a. Hipotermie uşoară fără alte simptome
b. Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE
a. Leziuni minore prin corosive
b. Implicat în accident, fără alte simptome, semne

11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)
a. Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
b. Implicat în accident fără alte simptome sau semne
c. Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic

12. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
 a. leziuni minore neproduse de arme
 b. victimă a violenţei, nu sunt leziuni evidente, fără reacţie psihică

13. ALERGII
 a. prurit şi eritem
 b. reacţie alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
 c. îngrijorare în privinţa reacţiei alergice, fără simptome în prezent

14. SINCOPA
 a. lipotimie, bine acum
 b. suspect sincopă la NTG, acum bine
 c. aproape de sincopă, bine acum
 d. cunoscut epileptic, tendinţă la sincopă, recuperează

15. SÂNGERAREA
 a. sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
 b. fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
 c. hematurie
 d. epistaxis minor
 e. sângerări repetate la pacienţi aflaţi sub tratament cu anticoagulante, altfel bine

16. DURERI TORACICE
 a. durere la respiraţie sau exerciţii, în plină sănătate
 b. aritmie cardiacă, simte că se pierd bătăi ale inimii, altfel bine

17. DIABET ZAHARAT
 a. temperatură, fără alte simptome generale
 b. infecţie localizată, fără alte simptome generale
 c. pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
 d. pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr

18. TEMPERATURĂ
 a. gripă sau răceală
 b. roşu în gât, altfel bine
 c. temperatură, altfel bine
 d. tuse, altfel bine

19. AVC (APOPLEXIE)
 a. paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
 b. paralizie după semne de AVC recuperat acum

20. CEFALEE
 a. creştere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
 b. antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
 c. cefalee (concomitent simptome moderate de greaţă, sensibilitate la sunet şi lumină)
 d. cefalee fără alte simptome
 e. suspect sinuzită

21. CONVULSII

a. antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
b. copil sub şase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează

22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. durere nespecifică, altfel bine
b. diaree şi vomă, altfel bine
c. suspect apendicită, altfel bine
d. dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
e. temperatură, dureri de spate în zona inferioară
f. dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
g. dureri constrictive în abdomen, constipaţie
h. dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID
a. antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută şi corespunde antecedentelor)
b. gânduri de suicid
c. pacient deprimat, fără intenţii de suicid
d. ingestie de substanţe toxice, în doză minimală
e. simptome de abstinenţă (sevraj)
f. atac brusc de agitaţie motorie cu sau fără dificultăţi respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
b. parestezii sau amorţeală în jurul gurii şi a degetelor
c. tuse, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, fără dificultăţi respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. ingestia de substanţă periculoasă în cantităţi mici fără semne sau simptome
b. simptome de sevraj

26. COPIL BOLNAV
a. antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
b. gât roşu, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
e. simptomele unei răceli obişnuite
f. corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA
a. dureri în ureche
b. secreţii din ureche
c. leziuni minore la ureche
d. ameţeală trecătoare, fără alte simptome
e. suspect sindrom de hiperventilaţie
f. zgomote în urechi
g. corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL
a. leziuni izolate minore

b. dureri acute în ochi, fără alte simptome
c. conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
d. Ochi dureros după privirea unei operaţiuni de sudură, albeaţă

Pentru urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unităţile medicale specializate publice şi cu unităţile specializate private, consultaţii de urgenţă la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:

I. Transport medical asistat al pacienţilor:

1. Transportul urgenţelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgenţelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgenţelor apărute ca urmare a acţiunii agenţilor fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheţ), cu excepţia accidentelor de muncă;
5. Transportul urgenţelor obstetricale şi al gravidei în vederea naşterii;
6. Transportul accidentaţilor în urma unor accidente de circulaţie;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;
8. Transportul copiilor prematuri în condiţii corespunzătoare de la locul de naştere la unităţile sanitare de specialitate şi de la acestea la domiciliu;
9. Transportul la spital pentru internare sau investigaţii nou-născutului până la 3 luni şi al persoanelor nedeplasabile: asiguraţii de orice vârstă cu insuficienţă motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficienţă cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;
10. Transportul la spital al nou-născutului şi al lehuzei care a născut la domiciliu;
11. Transportul pacienţilor internaţi care se află în stare critică, transferaţi la un alt spital;
12. Transportul pacienţilor din unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate.
13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

14. Transportul de sânge şi derivate, ţesuturi şi organe, precum şi transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiţii de urgenţă de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;
15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege;
16.Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienţilor:

17. Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;

18. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) şi revascularizare periferică (by-pass aorto-femural etc.), malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

19. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităţilor specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 şi 19 cu condiţia ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătăţii, precum şi cele de evaluare.

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C şi D.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C şi D.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare ca şi consultaţie de urgenţă la domiciliiu pentru furnizorii privaţi

1. Ştatul de personal.
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12. 2010.
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010, valabilă la 31.12. 2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011 pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	

Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	

Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare.

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activităţii proprii.

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ
a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar

ART. 1 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu aceasta destinaţie. Coeficientul de ajustare luat în calcul la contractare este 1, iar pentru suma contractată de furnizorii care încheie contracte cu Casa de Asigurări de Sănătate

Constanţa, coeficientul de ajustare este 1,017, cu Casa de Asigurări de Sănătate Prahova, coeficientul de ajustare este 1,011 şi cu Casa de Asigurări de Sănătate Tulcea, coeficientul de ajustare este 1,050.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la art. 5 alin. (3) lit. b) şi/sau pentru contractarea serviciilor de urgenţă şi transport sanitar conform condiţiilor iniţiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgenţă poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unităţile medicale specializate publice şi unităţile specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face lunar. Pentru unităţile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat. Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban / rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu – cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul

112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenţie destinate asistenţei medicale de urgenţă şi de transport sanitar:

a) ambulanţă tip C1, C2, B1 - ambulanţă destinată intervenţiei medicale de urgenţă la cel mai înalt nivel şi transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanţă tip B2 - ambulanţă destinată intervenţiei de urgenţă şi transportului medical asistat al pacienţilor;

c) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

f) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei pentru unitati specializate private

(2) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 1,18 lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanţe tip A1 şi A2 tariful este de 1,80 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de 0,92 lei.

(3) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/ milă marină este de 76 lei.

(4) Tarifele de la alin (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Unitatea medicală specializată publică ....., reprezentată prin: .....,

- Unitatea medicală specializată privată ..... reprezentată prin: ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon fix/mobil ....., e-mail: ..... fax .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi medicale specializate, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale de

urgenţă şi transport sanitar contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului ; in cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraţilor în luna precedentă, în baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract;

g) să deconteze furnizorului serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile

realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate.

g) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

l) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

m) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, după caz;

n) să acorde îngrijiri medicale de urgenţă şi transport sanitar, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului şi până la rezolvarea stării de urgenţă, în limita competenţelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

o) să asigure prezenţa personalului medico-sanitar propriu sau, în cazul urgenţelor de cod roşu şi galben, să alerteze şi să solicite prezenţa personalului serviciilor mobile de urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD), în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificarile si completarile ulterioare;

p) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigaţiile şi tratamentele efectuate;

q) să asigure eliberarea certificatelor constatatoare de deces, după caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

r) să asigure servicii medicale de urgenţă utilizând mijlocul de transport adecvat şi echipamentul corespunzător situaţiei respective;

s) să introducă monitorizarea apelurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

u) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor.

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

y) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate

aa) să completeze şi să depună la unitatea sanitară unde se transportă bolnavul un exemplar al fişei medicale potrivite nivelului de competenţă al echipajului pentru fiecare pacient asistat, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008; în cazul transferurilor interclinice ale pacienţilor critici, să solicite de la spitalul care efectuează transferul fişa medicală de transfer interclinic al pacientului critic şi să o înainteze spitalului care urmează să primească pacientul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare prevăzuţi la art. 2 alin. (1) din anexa nr.22 la ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ……. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2011 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu aceasta destinaţie.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat.

Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban / rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu – cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa 22 la ordin, astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la alin. (4) lit,b).

(4) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de

urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ……..privind aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar pentru anul 2011 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi.

(4) Plata serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de .....

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act

confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează in următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-t eritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) unul sau mai multe compartimente, nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică furnizorilor de servicii medicale de urgenţă prespitaliceşti.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară nr. .....
- Autorizaţia de funcţionare.....,
- Dovada de evaluare nr. ..... valabilă la data încheierii contractului
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....
- Contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. ..... deschis la Banca .....,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- Structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, pe cele două compartimente: compartimentul de asistenţă medicală de urgenţă şi transport medical asistat şi compartimentul de consultaţii de urgenţă şi transport neasistat,
- Lista personalul angajat:

Medici:

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Specialitatea .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

2) .....

Asistenţi medicali

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru .....

2) .....

Alte categorii de personal:

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru .....

2) .....

- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenţie din dotare:

Ambulanţe tip C1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip C2:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip B1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip B2:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip A1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip A2:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/numărul de kilometri echivalenţi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural ..... (pentru furnizorii privaţi)
- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanţelor, emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

ANEXA 24

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respiraţie
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral**)/pe mucoase**)
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaj vezical la femei şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor

13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: schimbarea poziţiei, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar
24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbţia urinei***)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea un plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de auto-îngrijire, a riscului de apariţie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale şi recomandarea dietei şi modul de administrare, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem şi contenţie elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicaţie prin nebulizare
33	Aspiraţie gastrică
34	Aspiraţie căi respiratorii
35	Paracenteză

*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.

**) Pentru pacienţii parţial sau total dependenţi.

***) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi pentru asiguraţii parţial sau total dependenţi.

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 35 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu

3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 35 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

4. În tarife sunt incluse şi costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

ANEXA 25

CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la ordin, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asiguraţii cu afecţiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate. În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3.

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de catre medicul curant al pacientului in biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii şi fişa de observaţie a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesitatii efectuarii ingrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Tariful de 75 de lei/zi de îngrijire la domiciliu , este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi eligibili, pacienţii cu afecţiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranţă limitată de viaţă şi cu status de performanţă ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanţă ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Tariful de 80 lei/zi pentru îngrijiri paliative, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate / număr minim de servicii (10) x tariful /zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se

decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (2). alin. (3).

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidenţă asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanţă ECOG al asiguratului şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum şi evoluţia stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu şi desfăşurătorul în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform normelor, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin (2) şi art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin (2) şi art. 5 alin(2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedinrtele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situaţia în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 13 Gradul de dependenţă al asiguratului se evaluează prin statusul de performanţă ECOG.

ANEXA 26
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin: .....

Persoana fizică/juridică ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de desfăşurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) să informeze furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intentie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare intocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, notificarea privind măsurile dispuse va fi transmisă furnizorului în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor

servicii în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) sa deducă spre solutionare organelor abilitate situatiile in care constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizor, pentru a caror corectitudine furnizorul depune declaratii pe propria raspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi

şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

n) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medicii de familie aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare ale Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H. G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Modelul formularului de recomandare este prezentat în anexa nr. 27 C respectiv anexa nr. 27 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată - pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;

q) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale / îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

ş) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu fie coplata pentru alte servicii de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ţ) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

u) 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr.…. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

v) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Tariful de 75 de lei/zi de îngrijire la domiciliu, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr.…. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri

medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Tariful de 80 de lei/zi de îngrijiri paliative, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (10) x tariful /zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sanatatii si al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu,

(7) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin (2) şi art. 5 alin.(2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, ţinându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu.

(10) În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..... .

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale / îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător / răspunzătoare de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare / autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

g) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor – pentru serviciile de îngrijiri paliative, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), i), j), k), s) şi u).

i) în cazul nerespectării situaţiilor prevăzute la art. 7 lit. n), o), p). şi q)

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), i), j), k), s) şi u) precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. g), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;
2. la a doua constatare cu 20%;
3. la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t), precum şi ca în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii , se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ şi îngrijiri paliative îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) După reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ţ), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz..

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemple a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general, ... Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	Reprezentant legal .....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu/ şi îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr....., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal ....., după caz
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr. ……..
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- Copie după actul constitutiv,
- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele si/sau instrumentarul specific aflate in dotare si documentele care atesta modalitatea de detinere a acestora , conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic
- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului
- copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar
- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor. (se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru /zi……ore…….profesia……..)

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 27 A
- Model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Decizia nr. ..... din data .....

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- prevederile H.G. nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2011 – 2012, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Ordinului nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a acestuia;

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ....., actul ..... nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu/medicul de specialitate din spital, dr. ....., din unitatea sanitară ....., gradul de dependenţă al asiguratului ....., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. ...../data .....

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

.....

pentru ..... zile, în intervalul …... (zi/luna/an - zi luna an) pentru numitul ..... cu diagnosticul de .....

ART. 2 Tariful pe o zi de îngrijire suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: ..... lei.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 de zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Dată astăzi ..... .

Preşedinte-Director General,

Viza CFP Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

ANEXA 27 B
- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu .....

Nr. Contract .... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

Numele şi prenumele asiguratului .....

CNP asigurat .....
Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor
B - Nume prenume evaluator
C - Semnătura evaluator

Evaluare iniţială			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data reevaluării
Data	B	C							
Re-evaluare			Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C							

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului/cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 27 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....
Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:
.....
5. statusul de performanţă ECOG *) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin[1])	periodicitate/ritmicitate
a)	.....
b)	.....
c)	.....

d) ....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu la domiciliu**)

.....

8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistenţa medicală primară
Data	Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/medicului de familie
.....	.....

---

*) statusul de performanţă ECOG:

- statusul de performanţă ECOG 3 – pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) -
- statusul de performanţă ECOG 4 – pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire)

_____

[1)] Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 27 D
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:

.....

5. statusul de performanţă ECOG *) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin[1])

a) ....
b) ....
c) ....
d) ....

.....
.....
.....
.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)
.....
8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data	Data .....
Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate
.....	.....

---

*) statusul de performanţă ECOG:

- statusul de performanţă ECOG 3 – pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) -
- statusul de performanţă ECOG 4 – pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viaţă pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

[1)] Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 28

CONDIŢIILE
acordării asistenţei medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi modalitatea de plată a acesteia

ART. 1 (1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secţiile sanatoriale din spitale, pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată / aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel naţional şi în conformitate cu planul de paturi la nivel judeţean, stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii; rata medie de utilizare a paturilor la nivel naţional luată în calcul la stabilirea capacităţii maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta,

respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat ;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2010.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, şi preventoriile, precum şi suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti pentru secţiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

		Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)
1.	Sanatorii balneare	135
2.	Sanatorii	116
3.	Preventorii	65

NOTĂ: Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2010 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2010, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor.

Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare negociat , în funcţie de tipul de asistenţă balneară şi de durata tratamentului:

Tipul de asistenţă balneară	Durata*)	Contribuţia asiguratului
1. Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Serviciile medicale acordate pentru duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asiguraţi. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale şi pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceloraşi procente. Contribuţia asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuţie, şi reprezintă venit propriu al unităţii sanitare.

În sanatoriile balneare, pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, partea de contribuţie personală a asiguratului se suportă din fond.

Pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuţie din partea asiguraţilor.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie efectuate în sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat

şi cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ efectuate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinaţia servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ în unităţi sanitare cu paturi.

ART. 3 Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiţionat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilită prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile şi preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav, în condiţiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare şi a preventoriilor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii şi preventorii pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa

reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile şi preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate

- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate, în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv,

- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare şi secţiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se fac în condiţiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

ART. 8 Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital - cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie a sănătăţii, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ANEXA 29

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general.....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secţia sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată /aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie de recuperare, medicină fizică şi balneologie în sanatorii şi preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi

la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative; prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

h) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac

regularizări, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în baza biletelor de trimitere / biletelor de internare, dacă acestea sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h. 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h.2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare

medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin HG 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ş) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

ţ) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripţie medicală, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea medicamentelor cu şi fără

contribuţie personală prescrise, ce au fost eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

v) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să acorde servicii medicale asiguraţilor numai pe bază de bilet de trimitere / de internare, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere/de internare cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

aa) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliţi în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ab) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ac) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare

ae) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii în condiţiile legii.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare negociat diferenţiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma negociată diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenţă balneară	Nr. de zile de spitalizare contractate	Tariful pe zi de spitalizare negociat	Suma negociată	Suma suportată de asigurat	Valoarea contractată
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x %	6 = 4 - 5
Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)					
Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secţiile sanatoriale din spitale şi preventorii este de ..... şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(4) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

Art. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, prevăzute în prezentul contract, atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective ;

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al unităţii sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările

ulterioare, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate in contractul încheiat cu casa de asigurari de sănătate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul se modifica din nou, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de santate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţiei contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii) nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii), depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înfiinţare sau de organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare nr. ...../....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr. .....
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care

urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,

- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea unităţii sanitare

- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ŞI DECONTARE
a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1 (1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripţia medicală este document cu regim special şi se întocmeşte în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul şi o copie) se depun de asigurat la farmacie şi al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripţia. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ştersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris.

Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

Medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

(4) Prescripţiile medicale aferente medicamentelor fără contribuţie personală se eliberează în următoarele situaţii:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide şi lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condiţiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preţ de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie

ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum şi o declaraţie pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi va anexa la fişa medicală declaraţia dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecţiuni acute, de 8 - 10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30/31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale şi menţionată pe prescripţie sub rubrica aferentă CNP-ului. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(3) Prescripţia medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicaţia pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripţia medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecţiunile acute şi subacute prescripţia medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre şi litere.

ART. 4 (1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competenţelor legale pe care le au şi în concordanţă cu diagnosticul menţionat pe formularul de prescripţie medicală emis.

Excepţie fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici în următoarele situaţii:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie.

ART. 6 Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract / convenţie medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripţia medicală, pe care se menţionează numele, prenumele, adresa completă, seria şi numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţia medicală, acestea se anulează în faţa primitorului pe toate exemplarele prescripţiei medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii „anulat”, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunea C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripţiei. În cazul în care, medicamentele eliberare în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripţiei.

(3) Înscrierea preţurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripţiei medicale.

(4) Farmacistul notează preţurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuţia personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligaţia să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie.

Face excepţie de la obligaţia farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situaţia în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu

medicamente, din motive independente de aceasta şi pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripţiile cu destinaţie pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosinţă pediatrică, conform indicaţiilor producătorului de medicamente, cu excepţia cazurilor justificate în care vârsta şi greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii medicale în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte. Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripţiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate după caz, cu evidenţierea distincte a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripţiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătăţii prin transfer către bugetul fondului.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contracteaza si decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.
Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Acordarea medicamentelor si a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se realizează in conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011-2012.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile, înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripţiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor efectuate.

ART. 14 (1) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piaţă (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi metoda de calcul pentru sublistele A, B, C-secţiunile C1 şi C3 din sublistă, aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro şi se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuţie personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; medicamentele din CANAMED pentru care deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu face dovada prezenţei pe piaţă a acestora în ultimele 3 luni, acestea nu se cuprind în lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor – denumiri comerciale;

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piaţă care a obţinut aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru:

- un preţ de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât preţul de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C – Secţiunile C1 şi C3;

Această condiţie se aplică numai dacă deţinătorul de aprobare de punere pe piaţă a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puţin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2010 şi are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancţiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condiţiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripţia medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea şi decontarea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală din partea asiguraţilor se fac în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcţiona comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale ale medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate, direcţiei de sănătate publică şi ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul şef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului şef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcţiei de sănătate publică;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului şef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabileşte criteriile de includere/excludere în/din tratament şi aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de aşteptare (unde nu există protocoale la nivel naţional) şi punerea în aplicare a acestora în activitatea desfăşurată;
- pentru bolile la care există protocoale la nivel naţional prin care se aplică criterii de prioritizare întocmeşte listele de aşteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziţia fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi trataţi, în funcţie de sumele aprobate şi costul mediu pe pacient;
- pacienţii aflaţi în tratament şi tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări şi a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2011 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală din partea asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 31

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a reglementărilor normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii comerciale:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....

NOTĂ: Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor:

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripţii medicale care nu conţin toate datele, dar numai pentru afecţiuni acute şi dacă se poate identifica medicul, asiguratul şi dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecţiune acută. În această situaţie casele de asigurări de sănătate atenţionează medicii care prescriu reţete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora, şi încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripţie medicală la care s-au constatat astfel de deficienţe. Sumele obţinute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie consum de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală la termenele prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare ale acestuia;

d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, şi total consum medicamente; să urmărească lunar / săptămanal evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun.

e) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale şi asiguraţilor cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât şi pentru cele cuprinse în sublista B, precum şi cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C1 şi mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C3; în această situaţie asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art.

103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

f) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar cu cel prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de medicamente cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi;

h) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. In cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor trimestriale/lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul trimestrului/lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente;

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B şi C– secţiunea C1 şi C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripţiile medicale în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor;

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

g) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor de la lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului aprobat prin Decizia Adunării Generale Naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului dentologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;

l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care

furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract sau convenţie în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale eliberate în situaţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinaţie.

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii „anulat" DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;

q) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;

ş) să elibereze medicamentele din sublistele A, B şi C – secţiunea C1 şi C3 ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei.

t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificata a

acestei obligatii pe perioada derularii contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei, excepţie făcând situaţiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune.

y) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligatia să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale documentele justificative care atestă serviciile acordate pentru această categorie de persoane;

z) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligatia să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum şi documentele care au deschis dreptul la servicii medicale ;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor – farmacii / oficine precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciştii şi asistenţii de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmează sa fie înregistrat in contract si sa funcţioneze sub incidenţa acestuia.

ab) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu; medicamentele cu şi fără contribuţie personală eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din

mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii / oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contracteaza si decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate şi prevăzut în prezentul contract, suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) avertisment la prima constatare;

b) cu 10% la a doua constatare;

c) cu 16% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g),h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ş), t), ţ), u) v) şi w), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu avertisment

b) la a doua constatare, cu 10%

c) la a treia constatare, cu 16%

Pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, şi se aplică la nivel de farmacie/oficină locală de distribuţie.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2011 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare in condiţiile respectării prevederilor art. 7 lit. g) şi v) .

ART. 12 Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea şi suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente şi conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g), h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ş), t), ţ), u), v), w) şi x); pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

j) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de medicamente îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii

contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrata/înregistrate in contractul încheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de snatate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a) – d) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. aa) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia.

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 (1) Pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor

prevăzute la art. 16 lit. f), g) şi h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ţ) şi v), se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 alin. (1) şi art. 18 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(2) În situaţia în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a2, a3 şi lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa:

ART. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Preşedinte - director general, ... Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ŞI MATERIALE SANITARE Reprezentant legal, ...

ANEXA 1

la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- certificat de înmatriculate la Registrul comerţului nr. ..... sau actul de înfiinţare .....,
- contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. .....,
- dovada de evaluare a farmaciei nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciştii şi asistenţii de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr. ……..
- dovada plăţii contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.....,
- program de lucru atât pentru farmacii cât şi pentru oficinele locale de distribuţie
- lista personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi şi număr ore/săptămană)

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 32

PACHET SERVICII DE BAZĂ LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI	TIPUL	TERMEN DE

CRT.	MEDICAL		ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialişti recomandă protezare bilaterală.

2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăţi)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referinţă este alcătuit din 4 flanşe suport şi 15 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului specialist, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinenţă urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăţi)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăţi)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăţi)
5	Benzi intravaginale pentru incontinenţă urinară		

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulaţia de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) convenţională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru	modulară	4 ani

	dezarticulaţia de genunchi		
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani
		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat şi de proteză provizorie.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională	2 ani

		acţionată prin cablu	
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteza de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4

1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/ Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni

6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de şold		12 luni
6	Orteze şold - genunchi		12 luni
7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*

		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi c) se prescriu numai perechi.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălţăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputaţii de metatars şi falange cu	6 luni

		numere mai mari de 23,5	
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălţăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficienţe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE

C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	- - concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

ANEXA 33

MODALITATEA
de prescriere, procurare şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, şi numai ca o consecinţă a actului medical raportat de medicul de specialitate care a făcut recomandarea şi validat de către casa de asigurări de sănătate în condiţiile prezentelor norme.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate şi un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr.32 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului.

Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat şi evaluat care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenţie chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienţilor cu stome permanente, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidenţă şi asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieşire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/ biletul de ieşire din spital, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conţine obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical şi declaraţia pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi certificatul de naştere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se ridica de la casa de asigurari de sanatate de catre beneficiar, apartinator sau imputernicit legal in acest sens sau se expediaza prin posta in maximum 2 zile de la emitere in cazul in care asiguratul solicita prin cerere. În situaţia în

care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 35 la ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr …….. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Criteriile de prioritate precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie şi se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia, precum şi de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor, în condiţiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă, şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru acelaşi tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraţilor pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de

asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (5) şi (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluaţi, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienţii cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripţia medicală cu menţiunea "stomă permanentă", este necesară obţinerea unei alte prescripţii medicale cu menţiunea "stomă permanentă" care să însoţească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoţită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoţită de: copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei – părinte, soţ/soţie, fiu, fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară,

fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, şi de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, şi dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanţie predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată şi suportată de către furnizor.

ANEXA 34
- model -

CONTRACT

de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia ....., după caz,

- având sediul social în localitatea ....., judeţul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax .....,

(se va menţiona şi punctul/punctele de lucru din judeţ cu informaţiile solicitate anterior, dupa caz)

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Dispozitive medicale furnizate

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi constau în:

a) .....;

b) .....;

c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri şi tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizaţi şi evaluaţi, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguraţilor;

b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate

a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

c) să informeze în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare precum şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate pentru dispozitivul medical şi să specifice pe verso-ul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguraţilor;

f) să respecte dreptul asiguraţilor de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc; validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înţelege furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale.

i) să sesizeze organelor abilitate, în vederea soluţionării, situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizorii de dispozitive medicale, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere.

j) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. In cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

B. Obligaţiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului şi să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care deţin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleaşi cu cele din lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări sociale de sănătate prezentată la contractare, însoţite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau de declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

h) să emită, în vederea decontării şi să depună la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite de: copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele medicale fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, fotoliile rulante şi aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale sau la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunţe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii.

l) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

m) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale

de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de dispozitive medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale documentele justificative care atestă dispozitivele medicale acordate pentru această categorie de persoane;

n) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum şi documentele care au deschis dreptul la dispozitive medicale;

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative.

p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului şi dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor – atât pentru sediul social cât şi pentru punctele de lucru precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor intr-o forma prevăzută de lege si care urmează sa fie înregistrat in contract si sa funcţioneze sub incidenta acestuia.

q) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării dispozitivelor medicale; dispozitivele medicale eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului şi factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de

asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului, şi factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează, suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoţită de copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată şi de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical şi dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului

prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau contul nr. ..... deschis la Banca ....., la data de ..... .

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

VIII. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

IX. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării, următoarelor situaţii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la doua constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k), l);

e) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea dispozitivelor medicale raportate în vederea decontării şi cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate, precum şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

g) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului.

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 alin. (1) lit. d) cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului şi a retragerii avizului de funcţionare a acestuia;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sănatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundate / punctele de lucru.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a), b) şi c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi

completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. p) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi art. 15 alin. (1) lit. a) şi c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţia prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k) şi l) se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de ~~3~~ 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....
Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înfiinţare nr. ..... conform prevederilor legale în vigoare.
- Codul unic de înregistrare nr. .....,
- Certificat de înscriere de menţiuni, cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....,
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. ...../data .....valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. ...../data ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz .....,
- Avizul de funcţionare emis, după caz, de Ministerul Sănătăţii,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr. ....., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- Lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

- Dovada plăţii contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare

- Programul de lucru:

- sediul social (după caz) .....

- punctul de lucru .....

- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....

- Copie după actul constitutiv

- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz

- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 35
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Decizia nr. ..... din data .....

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ..... actul nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul specialist dr. ....., din unitatea sanitară ....., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....

DECIDE

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale

.....

.....

pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru numitul ..... .

ART. 2 Preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: .....

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Dată azi ..... .

Preşedinte-Director General, Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAŢI AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru
1		
2		
...		

ANEXA 35A
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ŞI INCONTINENŢĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;

- CAS va ştampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;

- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;

- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;

- În cazul expedierii prin poştă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					

1					

ANEXA 35B
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ŞI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;

- CAS va ştampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;

- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;

- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 36
- model -

CONVENŢIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, formulare cu regim special, unice pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP ..... cod parafă ..... Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învăţământ respectivă;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredinţaţi ori daţi în plasament şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

f) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti, ;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

e) medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

b) medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pentru radiografie dentară retroalveolară şi panoramică, pentru elevi, respectiv studenţi.

(4) Prin medicii/medicii dentişti din cabinete şcolare şi studenţeşti menţionaţi la alin. (1), (2) şi (3) se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, care sunt finanţate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze medicii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţiile medicale paraclinice şi/sau prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul prezentei convenţii;

c) să ţină evidenţe distincte ale formularelor de prescripţii medicale cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenţii, precum şi a prescripţiilor medicale eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii;

f) să monitorizeze lunar investigaţiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiţii:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgenţă medicală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă; medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;

- medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, conform specializării şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la

nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) medicul nu mai desfăşoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei;

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subcpt. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

```
    Casa de Asigurări de Sănătate
    Preşedinte - director general, ..............          Medic
..............
          Vizat
    Juridic, contencios
```

---

*) Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală.

Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pentru medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor de urgenţă ce sunt finanţate din bugetul de stat, modelul de

convenţie se va adapta în sensul încheierii convenţiei între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menţionate.

Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti finanţate de la bugetul de stat, convenţia se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.

Medicii menţionaţi în prezenta anexă, încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 37
- model -

CONVENŢIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti (recomandare de internare), formular cu regim special unic pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înfiinţare sau de organizare nr. ....., autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenţiei nr. .....

- Cabinet de medicina muncii ..... reprezentat prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze spitalele, unităţile medico-sociale şi cabinetele de medicina muncii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unităţile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Unităţile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti; în situaţia în care convenţia cu unitatea medico-socială / cabinetul de medicina muncii / spitalul se încheie pentru mai mulţi medici, ridicarea de către organele de drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenţiei, ci doar la excluderea din convenţie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate	Unitatea medico-socială/
Preşedinte - director general,	Unitate sanitară cu paturi/
	Cabinet de medicina muncii
	Reprezentant legal
Vizat	
Juridic, contencios	

NOTĂ:

Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unităţile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

Pentru medicii menţionaţi în prezenta anexă se încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 38
- MODEL -

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenţie nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de .....&.....nr. F.O. / nr. din Registrul de consultaţii……

Motivele prezentării .....
.....

Diagnosticul:
.....
.....
.....
.....

Anamneza:
.....
- factori de risc .....
.....

Examen clinic:
- general .....
.....
- local .....
.....

Examene de laborator:
- cu valori normale .....
.....
- cu valori patologice .....
.....

Examene paraclinice:
EKG .....
ECO .....
Rx .....
Altele .....
.....

Tratament efectuat:
.....
.....
.....

Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....

Tratament recomandat (în situaţia în care la externarea din spital se eliberează prescripţie medicală se va înscrie seria şi numărul acesteia):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
(cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeţeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data .....

Semnătura şi parafa medicului
.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poştă .....

---

*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia/serviciul, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

ANEXA 39 A

LISTA AFECŢIUNILOR CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE,** MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU***

A. Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:
1. Afecţiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficienţa renală cronică - dializă
B. Afecţiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS
1. Proceduri intervenţionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C şi D (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)
8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)
C. Alte afectiuni cronice
1. Boală cronică de rinichi – fază de predializă (G25)
NOTĂ:
* În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte;
** Evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate;
*** Evidenţa cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare şi care se prezintă pentru consultaţie la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

ANEXA 39 B

- MODEL -

Aviz,
Direcţia de Sănătate Publică .....
Director .....
Data .....

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

punct de lucru .....
.....

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate						
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

* se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

ANEXA 39 C
- MODEL -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea: .....
str. ..... nr. .... tel./fax .....

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerţului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la ..... şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea	☐
încetarea	☐
suspendarea	☐

contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situaţiei de fapt) şi în temeiul dispoziţiilor art. nr. ..... din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, dispoziţiilor art. nr. ..... din anexa nr……. la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 40

DISPOZIŢII GENERALE

1. Medicii de familie au obligaţia să editeze datele medicale minime ale asiguraţilor înscrişi pe lista proprie în cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al acestora, la prima prezentare a asiguratului si ulterior sa actualizeze aceste date, odată cu implementarea cardului naţional.

2. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare – bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, biletele de internare, prescripţiile medicale vor avea inscripţionat codul de bare aferent seriei şi numărului formularelor respective.

3. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, bilete de internare, prescripţii medicale – formulare cu regim special pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar, codului de parafa al medicului si numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

4. Toţi furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deţină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

5. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezenţa la program pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, trebuie să fie în concordanţă cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

6. În situaţia în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil Sistemul informatic unic integrat şi trebuie să fie avizat de Comisia de specialitate a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

7. Modelul de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice, paraclinice şi pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

8. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate, pe care furnizorii au obligaţia să le completeze corect şi la zi includ şi evidenţele electronice ale bolnavilor cronici.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
Nr. 864 din 31 mai 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
Nr. 538 din 31 mai 2011

ORDIN
pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.292 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 2.065 din 31 mai 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 217 alin. (5) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și **președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Normele metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, prevăzute în anexele nr. 1—40*), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iunie 2011. De la această dată își încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duță

ANEXA 1

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală primară

CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din anexa nr. 21, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă” de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B, C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere;

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consiliere pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit. D, specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

II. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

b) testarea PPD.

NOTĂ: În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces.

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă" de către medicul de familie, cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap. I din Anexa nr. 21 la ordin în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

C. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la lit D specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atât pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lit. C – cap.I din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

D. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

I. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate;

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;
e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;
f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;
g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.
II. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;
b) testarea PPD

NOTĂ: În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi consultaţie de urgenţă pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la Lista C (cod verde) din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

E. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat constatator de deces, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces

F. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:
a) consilierea femeii privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

G. Servicii medicale curative:

Consultaţie pentru afecţiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament).

NOTA 1: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, în situaţia în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultaţii, pentru celelalte consultaţii până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate.

NOTA 2: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 3: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3 consultaţii.

NOTA 4: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 5: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) care se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile prevăzute la lit. A, B, C ale

cap. I din anexa nr. 21 la ordin, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile prevăzute la lit. C a cap. I din Anexa 21 la ordin ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă" de către medicul de familie - cu indicarea reperului corespunzător prevăzut la lit. A, B şi C ale cap.I din Anexa nr. 21 la ordin, în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 4): Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.

B. Servicii medicale profilactice /de prevenţie:

1. Consultaţii pentru urmărirea dezvoltării fizice şi psihomotorii a copilului prin examene de bilanţ:

a) la externarea din maternitate - la domiciliul copilului;
b) la 1 lună - la domiciliul copilului;
c) la 2 luni;
d) la 4 luni;
e) la 6 luni;
f) la 9 luni;
g) la 12 luni;
h) la 15 luni;
i) la 18 luni.
j) la 24 luni;
k) la 36 luni.

NOTĂ 1: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei. În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ pentru cazurile justificate medical - dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a Cap. I din Anexa nr. 21 la ordin, caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului.

NOTĂ 2: În cazul imunizărilor făcute în unitățile de învățământ preșcolar și școlar, medicul de familie desemnat de direcțiile de sănătate publică, va raporta doar serviciul de inoculare a vaccinului, fără consultație, în cazul în care persoanele imunizate nu sunt inscrise în lista proprie.

2. Consultaţii pentru servicii medicale de prevenţie:

a) examen anual de bilanţ al copiilor cu vârsta cuprinsă între 4 şi 18 ani;

b) control medical periodic al asiguraţilor în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate;

Controlul medical cuprinde:

- consultaţie (anamneză, examen obiectiv, diagnostic);
- recomandare pentru examene paraclinice atunci când există argumente clinice de suspiciune a unei stări patologice consemnate în foaia de observaţie;
- încadrarea medicală a asiguratului într-o grupă de risc.

Controlul medical se poate efectua la solicitarea asiguratului sau la solicitarea medicului de familie în luna în care este născut.

c) supravegherea periodică clinică a evoluţiei pentru bolnavii cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, si cuprinde: sfat medical, recomandări regim igieno-dietetic şi alte activităţi care nu se finalizează cu eliberarea de prescripţii medicale sau prescriere de investigaţii medicale paraclinice.

NOTĂ: Consultaţia pentru serviciile medicale prevăzute la lit. a) şi b) cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4, specifice vârstei.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea, se poate raporta doar consultaţia ca şi examen de bilanţ/control medical periodic, atât pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

3. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a) luarea în evidenţă în primul trimestru;

b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.

În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;

d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;

e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, precum şi consilierea pre şi post testare pentru HIV şi lues a femeii gravide.

NOTA 3: Consultaţia cuprinde şi inocularea pentru imunizările prevăzute la pct. 4 specifice perioadei de sarcină şi lăuzie.

În situaţia în care consultaţia nu include inocularea ,se poate raporta doar consultaţia ca şi monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lăuziei, atat pentru cazurile justificate medical, dacă se încadrează în reperele prevăzute la lit. C a cap.I din Anexa nr. 21 la ordin - caz în care contraindicaţia pentru inoculare se va consemna în documentele primare de la nivelul cabinetului, cât şi pentru cazurile care nu presupuneau şi inocularea.

4. Imunizări (consultaţie, inclusiv inoculare):

4.1. conform programului naţional de imunizări:

a) antituberculoasă - vaccin BCG, în cazul copiilor nevaccinaţi în maternitate

b) revaccinare BCG, după caz, după verificarea cicatricei post primo vaccinare;

c) antihepatită B;

d) antipoliomielitică;

e) împotriva difteriei, tetanosului şi tusei convulsive;

f) împotriva rujeolei, rubeolei şi parotiditei epidemice;

g) împotriva infecţiei cu Haemophilus influenzae tip B.

4.2. a) antitetanos la gravide, pentru profilaxia tetanosului la nou-născut;

b) testarea PPD.

4.3. Vaccinări recomandate şi reglementate de Ministerul Sănătăţii ca acţiuni prioritare de sănătate publică, inclusiv cele prevăzute în cadrul programelor naţionale de sănătate, altele decât cele prevăzute la pct. 4.1 şi 4.2.

Nota: Consultaţia, inclusiv inocularea se raportează şi decontează numai pentru situaţiile în care inoculările nu au fost efectuate în condiţiile prevăzute la Nota de la pct. 1, Nota de la pct. 2 şi Nota 3 de la pct. 3.

5. Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, consiliere privind igiena personală) şi depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

NOTĂ: Se raportează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

6. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

7. Servicii de promovare a sănătăţii

Educaţie medico-sanitară şi consiliere pentru prevenirea şi combaterea factorilor de risc, precum şi consilierea antidrog.

C. Servicii medicale curative:

Consultaţie în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute sau cronice programabile, care cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau lunar.

NOTA 1: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate.

NOTA 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, în situaţia în care au fost acordate

de către medicul de familie una sau două consultaţii, pentru celelalte consultaţii până la nivelul maxim de 3 medicul de familie poate elibera bilet de trimitere către medicul/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, pe care va menţiona obligatoriu numărul de consultaţii acordate."

NOTA 3: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 4: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 5: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 6: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

Nota 7:

1. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente, trimestrial sau lunar.

2. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică a bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente consultaţiei, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultaţie în condiţiile prevăzute la pct. 1.

D. Monitorizarea stării de sănătate pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de familie, prevăzute în Anexa nr.39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

E. Consultaţii la domiciliul asiguraţilor - maximum 5 consultaţii/săptămână/medic.

NOTA 1: Vizitele la domiciliu se consemnează în „Registrul de consultații” al cabinetului care va conţine: data şi ora vizitei, numele, prenumele şi CNP-ul asiguratului căruia i s-au acordat serviciile medicale, motivul solicitării, diagnosticul prezumat, tratamente administrate, bilet de trimitere (seria şi numărul), după caz.

NOTA 2: Pentru bolnavii cronici nedeplasabili (insuficienţă cardiacă clasa NYHA IV, paraplegie, tetraplegie, fază terminală etc.) medicul de familie efectuează controlul periodic la domiciliul acestora.

NOTA 3: Pentru bolnavii cu afectiuni acute/subacute consultaţia la domiciliu se poate acorda asiguraţilor nedeplasabili şi copii 0 - 3 ani.

F. Servicii medicale paraclinice

- ecografie generală (abdomen + pelvis) - în limita competenţei şi a dotărilor necesare;

NOTĂ: Pentru aceste servicii se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii

se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor cuprinse în Anexa nr. 11.

G. Activităţi de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale, certificat constatator de deces (cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale), scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului.

NOTĂ: Se raportează un serviciu, dacă s-a eliberat certificatul constatator de deces. Celelalte activităţi de suport sunt, după caz, consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

CAPITOLUL IV Dispoziţii finale

1. Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenţei bolnavilor cu afecţiuni cronice se realizează conform listei de afecţiuni cuprinsă în Anexa nr. 39 A.

2. Pentru serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ şi din pachetul minimal de servicii medicale, furnizate în cabinetul medical, inclusiv pentru asistenţă medicală la domiciliu, medicamentele şi materialele sanitare necesare, se asigură de către cabinetele medicale, cu excepţia celor asigurate de către alte instituţii în condiţiile legii.

3. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari de card european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la Cap. I lit. A şi B şi la Cap. II lit. G. .

Pentru situaţiile care se încadrează la cap. II litera G, costurile investigaţiilor paraclinice recomandate şi al tratamentelor prescrise sunt suportate din Fondul Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, în aceleaşi condiţii ca pentru asiguraţi.

4. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. III lit. A - E sau numai de unele dintre acestea, după caz.

5. Pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, pot beneficia de serviciile medicale prevăzute la Cap. I în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

6. Persoanele care beneficiază numai de pachetul minimal de servicii medicale, respectiv numai de pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ, suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie.

ANEXA 2

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală primară pentru furnizarea de servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale

ART. 1 (1) Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt: plata "per capita" prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane înscrise asigurate şi plata prin tarif pe serviciu medical pentru unele servicii medicale prevăzute Anexa nr. 1 la ordin, precum şi pentru serviciile medicale acordate pacienţilor din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii .

(2) Suma cuvenită prin plata "per capita" pentru serviciile menţionate la lit. e) se calculează prin înmulţirea numărului de puncte rezultat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor asigurate înscrise în lista medicului de familie, conform lit. a), b) sau c), ajustat în funcţie de condiţiile prevăzute la lit. d), cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte acordat în raport cu numărul şi structura pe grupe de vârstă a persoanelor înscrise asigurate se stabileşte astfel:

1. numărul de puncte, acordat pe o persoană asigurată înscrisă în listă, în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise:

Grupa de vârstă	0 - 3 ani	4 - 59 ani	60 ani şi peste
Număr de puncte/ persoană/an	11,2	7,2	11,2

NOTA 1*): Încadrarea persoanei asigurate, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta, se realizează la împlinirea vârstei (ex: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa 4 - 59 ani).

NOTA 2*): În situaţia în care în lista medicului de familie sunt înscrise persoane instituţionalizate (copii încredinţaţi sau daţi în plasament unui serviciu public specializat ori unui organism privat autorizat, persoane din centre de îngrijire şi asistenţă) potrivit legii, numărul de puncte aferent acestora se majorează cu 5% faţă de punctajul acordat grupei de vârstă în care se încadrează.

În acest sens, medicii de familie ataşează la fişa medicală actele doveditoare care atestă calitatea de copil încredinţat sau dat în plasament şi de persoană instituţionalizată;

NOTA 3*): Pentru persoanele încadrate ca şi persoane pensionate pentru cazuri de invaliditate, numărul de puncte aferent acestora este cel corespunzător grupei de vârstă "60 ani şi peste".

2. La calculul numărului lunar de puncte "per capita", conform art. 1 alin. (2), se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie, existente în ultima zi a lunii precedente; În situaţia contractelor nou încheiate, pentru prima lună de contract la calculul numărului de puncte per capita se iau în considerare persoanele asigurate înscrise în lista medicului de familie prezentată la contractare.

3. Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenţei medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici pe unitate administrativ-teritorială/zonă, este de 1.800.

4. Numărul maxim de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie pentru care se acorda punctaj per capita în vederea decontării prin tarif pe persoana asigurată este de 2.200.

Excepţie fac situaţiile în care medicul cu listă proprie desfăşoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel stabilit de comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

5. Pentru un număr de 2.200 de persoane înscrise pe lista medicului de familie, programul săptămânal de activitate al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie, care se contractează cu casa de asigurări de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară este de 35 de ore pe săptămână. În situaţia în care numărul persoanelor înscrise pe lista proprie a medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de 35 de ore pe săptămână se poate prelungi sau se poate modifica, în sensul schimbării raportului prevăzut la alin. (3) lit. b), cu asigurarea minimului de consultaţii la domiciliu necesare conform prevederilor cuprinse în nota 2 a lit. E din cap. III din Anexa nr. 1 la ordin.

În cazul prelungirii programului de lucru, pentru o listă cuprinsă între 2.200 şi 3.000 de persoane înscrise, programul se majorează cu 1 oră, iar pentru o listă de înscrişi mai mare de 3.000 programul se majorează cu 2 ore.

6. În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

6.1 numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi de pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

6.2 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

6.3 pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

6.4 În situaţia în care cabinetul medical se află într-o unitate administrativ-teritorială / zonă cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie, stabilită de comisia

prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2.200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscriși} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

b) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oras, comună) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate în aceleaşi condiţii ca şi medicii de familie care nu fac parte din categoria medicilor nou-veniţi, cu respectarea prevederilor art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, privind numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie.

Venitul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) - în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se stabileşte conform lit. a).

c) Medicii nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă (oraș, comuna) - în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, chiar dacă la sfârşitul celor 3 luni pentru care au avut încheiată convenţie de furnizare de servicii medicale nu au înscris numărul de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie contract cu casa de asigurări de sănătate pentru lista pe care şi-au constituit-o până la data încheierii contractului; medicii nou-veniţi au obligaţia ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane. În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni în condiţiile art. 23 alin. (6).

Pentru cele 3 luni de contract în care medicul nou-venit are obligaţia de a înscrie numărul minim de persoane prevăzut la art. 23 alin. (3) şi alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, venitul se stabileşte conform lit. a).

d) Numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), după caz, se recalculează în următoarele situaţii:

1. în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008. Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului nr. 163/93/2008.

Pentru cabinetele medicale care au punct/puncte de lucru şi un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul şi pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c) va fi împărţit proporţional cu programul de lucru - exprimat în ore desfăşurat la cabinet, respectiv la punctul/punctele de lucru, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5, iar numărul de puncte rezultat pentru fiecare dintre acestea se va ajusta în funcţie de sporul de zonă aferent localităţii unde se află cabinetul, respectiv punctul/punctele de lucru.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

2. în raport cu gradul profesional, valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar numărul total de puncte rezultat potrivit lit. a), lit. b) sau lit. c), se majorează cu 20%, iar pentru prestaţia medicului care nu a promovat un examen de specialitate se diminuează cu 10%.

Ajustarea numărului total de puncte se aplică din luna imediat următoare celei în care s-a depus şi înregistrat la casa de asigurări de sănătate documentul privind confirmarea gradului profesional.

În situaţiile de înlocuire a unui medic, când se încheie convenţie de înlocuire între medicul înlocuitor şi casa de asigurări de sănătate, se va lua în calcul pentru punctajul "per capita" gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei. Pentru cabinetele medicale individuale, în situaţia de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat, se va lua în calcul pentru punctajul „per capita” gradul profesional al medicului titular.

e) Serviciile cuprinse la cap. III lit. B pct. 2 lit. c), lit. B pct. 7, lit. D şi lit. G (cu excepţia consultaţiei pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces) din Anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata "per capita".

(3) Suma cuvenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin plata per serviciu medical se calculează prin înmulţirea numărului de puncte pe serviciu medical cu valoarea stabilită pentru un punct.

a) Numărul de puncte aferent serviciilor medicale acordate prin plata pe serviciu medical este:

- consultaţie la domiciliu - 15 puncte;
- consultaţie la cabinet - 5,5 puncte.

b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăşi pentru activitatea desfăşurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

- timpul mediu/consultaţie este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultaţii la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 5;
- în medie, o consultaţie la domiciliu/zi.

c) Serviciile cuprinse la cap.I, cap. II şi cap. III lit. A, lit. B pct. 1, pct. 2 lit. a) şi b) şi pct. 3 - 6, lit. C, lit. E şi lit. G - numai consultaţia pentru care s-a eliberat certificatul constatator de deces, din anexa nr. 1 la ordin sunt incluse în plata pe serviciu medical .

ART. 2 Acordarea serviciilor medicale se face în următoarele condiţii:

a) medicamentele şi după caz, unele materiale sanitare prescrise, trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul stabilit. Pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, prescripţia medicală se completează, folosind exclusiv formularul cu regim special aprobat prin ordin al ministrului

sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne în carnet la medicul de familie şi celelalte două se înmânează asiguratului în vederea prezentării acestuia la o farmacie aflată în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru eliberarea medicamentelor, respectiv a materialelor sanitare prescrise; pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală prescrise în baza scrisorii medicale primite de la medicul de medicina muncii, se va completa prescripţie medicală distinctă;

b) investigaţiile paraclinice recomandate trebuie să fie în concordanţă cu diagnosticul, care se consemnează în fişa de consultaţie, în registrul de consultaţie şi în biletul de trimitere;

c) în cazul în care există suspiciune privind bolile cu potenţial endemo-epidemic, medicul de familie ia măsurile necesare pentru preîntâmpinarea sau restrângerea unor endemii/epidemii, respectiv pentru a izola şi raporta cazurile, conform prevederilor legale în vigoare. Pentru cazul în care măsurile necesare se refuză de către pacient, medicii vor apela la sprijinul organelor de poliţie şi al autorităţilor publice locale.

d) În unităţile de învăţământ în care nu există medic şcolar sau în centrele de vaccinări, pentru acele vaccinuri care se livrează în fiole cu mai multe doze individuale imunizările se efectuează de medicii de familie desemnaţi la începutul anului de direcţiile de sănătate publică şi comunicaţi caselor de asigurări de sănătate, care răspund atât de efectuarea inoculărilor, cât şi de verificarea stării de sănătate a persoanelor care trebuie imunizate. Medicii care au efectuat imunizările sunt obligaţi să raporteze nominal şi pe cod numeric personal (CNP) caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică vaccinările efectuate. Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să informeze medicii de familie pe a căror listă se regăsesc persoanele imunizate despre efectuarea acestor servicii medicale, pentru a fi trecute în registrul propriu de vaccinări şi în carnetul de vaccinări, dar fără a fi raportate ca activitate proprie.

e) medicii de familie au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; În aceste situaţii, medicii de familie pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate si decontate de casele de asigurări de sănătate,în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în cazul în care pacientul face dovada de asigurat.

ART. 3 (1) Pentru perioadele de absenţă mai mari de 30 de zile lucrătoare, medicul de familie organizează preluarea activităţii sale medicale de către un alt medic de familie; în cazurile în care acesta este în imposibilitate de a organiza preluarea activităţii, casele de asigurări de sănătate numesc un înlocuitor, cu avizul direcţiilor de sănătate publică. În ambele situaţii medicul înlocuitor trebuie să aibă licenţă de înlocuire temporară, iar preluarea activităţii se face pe bază de convenţie de înlocuire. Licenţa de înlocuire temporară se acordă de consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, cu înştiinţarea în scris a casei de asigurări de sănătate şi a direcţiei de sănătate publică. Pentru asigurarea condiţiilor în vederea preluării activităţii unui medic de familie de către alt medic, consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor pun la dispoziţie medicilor de familie listele cu medicii de familie fără obligaţii contractuale aflaţi în evidenţa acestora, cum este şi cazul medicilor pensionari, care pot prelua activitatea în condiţiile legii.

În situaţia în care nu este disponibil un medic fără obligaţii contractuale confirmate de către consiliile colegiilor teritoriale ale medicilor, se poate prelua activitatea şi de către medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cu prelungirea corespunzătoare a programului de activitate.

(2) Perioadele de absenţă motivată a medicului de familie se referă la: incapacitate temporară de muncă, concediu de sarcină/lehuzie, concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta

a vârstei de 3 ani, vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare pe an, studii medicale de specialitate şi rezidenţiat în specialitatea medicina de familie, perioadă cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, perioadă în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate.

Medicul este obligat ca în cazul în care se află în una din situaţiile menţionate mai sus, cu excepţia perioadei de vacanţă, să depună la sediul casei de asigurări de sănătate, documentul justificativ care atestă motivul absenţei.

(3) Pentru perioade de absenţă mai mici de 30 de zile lucrătoare, înlocuirea medicului absent se poate face şi pe bază de reciprocitate între medici, în acest caz medicul înlocuitor prelungindu-şi programul de lucru în mod corespunzător, în funcţie de numărul de servicii medicale solicitate de persoanele înscrise din lista proprie şi cele din lista medicului înlocuit. Pentru situaţiile de înlocuire pe bază de reciprocitate, medicul de familie înlocuit va depune anterior perioadei de absenţă, la casa de asigurări de sănătate, un exemplar al convenţiei de reciprocitate şi va afişa la cabinetul medical numele şi programul medicului înlocuitor, precum şi adresa cabinetului unde îşi desfăşoară activitatea. Înlocuirea medicului absent pe bază de reciprocitate între medici se face pentru o perioadă cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an.

(4) În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute la alin. (1) - (3), acesta poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi, cu prelungirea corespunzătoare a programului de lucru al medicului/medicilor angajat/angajaţi.

În desfăşurarea activităţii, medicul angajat utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul angajat îşi desfăşoară activitatea, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical.

(5) Suma cuvenită prin plata "per capita" şi pe serviciu medical aferentă perioadei de absenţă se virează de către casa de asigurări de sănătate în contul titularului contractului urmând ca în convenţia de înlocuire să se stipuleze în mod obligatoriu condiţiile de plată a medicului înlocuitor sau în contul medicului înlocuitor, după caz.

(6) Medicul înlocuitor va îndeplini toate obligaţiile ce revin medicului înlocuit conform contractului de furnizare de servicii medicale încheiat de acesta cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Reprezentantul legal al cabinetului medical încheie o convenţie de înlocuire cu medicul înlocuitor pentru perioade de absenţă mai mici de două luni/an, conform Anexei nr. 4 la ordin, avizată de casa de asigurări de sănătate, prin care se stabilesc condiţiile de înlocuire.

(2) Convenţia de înlocuire se încheie între casele de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor agreat de medicul înlocuit, pentru perioade de absenţă mai mari de 2 luni/an sau când medicul înlocuit se află în imposibilitate de a încheia convenţie cu medicul înlocuitor, conform Anexei nr. 5 la ordin.

(3) Convenţia de înlocuire devine anexă la contractul de furnizare de servicii medicale al reprezentantului legal al cabinetului medical.

(4) În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care medicul înlocuitor îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

ART. 5 (1) Medicul de familie poate angaja în cabinetul medical individual, organizat conform prevederilor legale în vigoare, medici care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare. Medicii angajaţi nu au listă de persoane înscrise proprie şi nu raportează activitate medicală proprie; prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi, după

caz, a unor materiale sanitare se face folosindu-se formularul-tip cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului medical se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) În cazul cabinetelor medicale individuale care au medic angajat/medici angajaţi, programul de lucru al medicului angajat/medicilor angajaţi se poate desfăşura în afara programului de lucru al medicului titular sau concomitent cu acesta. Activitatea medicilor angajaţi în cabinetul medical individual organizat conform prevederilor legale în vigoare referitoare la serviciile cuprinse în plata de serviciu se raportează la casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal al cabinetului medical individual, conform programului de activitate declarat pentru medicul angajat.

ART. 6 (1) Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oras, comuna) - încheie cu casa de asigurări de sănătate o convenţie de furnizare de servicii medicale pe o perioadă de maximum 3 luni - perioadă considerată necesară pentru înscrierea persoanelor beneficiare ale pachetelor de servicii în lista proprie, în care se prevăd obligaţiile şi drepturile furnizorului de servicii medicale, potrivit Anexei nr. 6 la ordin.

(2) În situaţia în care înainte de încheierea perioadei de 3 luni, prevăzută la alin. (1), numărul de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii înscrise în lista proprie ajunge la nivelul minim necesar pentru încheierea unui contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, medicii respectivi pot încheia contract conform Anexei nr. 3 la ordin şi înainte de data de expirare a convenţiei.

(3) În cazul în care medicul care a încheiat o convenţie potrivit alin. (1) nu reuşeşte să înscrie pe lista proprie, în termenul prevăzut, numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta, conform anexei nr. 3 la ordin, pentru lista pe care acesta şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii prevăzut la art. 23 alin. (3) şi (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condiţiile art. 23 alin. (6) din Contractul-cadru.

(4) Medicul de familie nou-venit într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/ zonă (oras, comună) - într-un cabinet medical deja existent, conform art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, încheie cu casa de asigurări de sănătate contract de furnizare de servicii medicale, conform Anexei nr. 3 la ordin.

ART. 7 Pentru stabilirea valorii unui punct „per capita” şi a valorii minime garantate pentru un punct pe serviciu medical , fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anul 2011 are următoarea structură:

1. 50% pentru plata "per capita" şi 50% pentru plata pe serviciu, după ce s-au reţinut sumele ce rezultă potrivit pct. 2;

2. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comuna), pentru o

perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate este format din:

a) suma echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din prezentul ordin;

b) suma pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuielile de personal aferente personalului angajat, cheltuielile cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv stabilit potrivit lit. a) înmulţit cu 1,5.

ART. 8 Pentru calculul trimestrial al valorii definitive a unui punct pe serviciu, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează pe trimestre.

ART. 9 (1) Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru luna iunie şi trimestrul III 2011. Pentru trimestrul IV 2011 valoarea punctului „per capita” va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea punctului „per capita” din trimestrul III 2011.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, pentru luna iunie şi trimestrul III 2011 este în valoare de 1,8 lei; pentru trimestrul IV 2011, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea minimă garantată din trimestrul III 2011.

(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu medical se stabileşte trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata pe serviciu a medicilor de familie şi numărul de puncte pe serviciu medical efectiv realizate cu respectarea condiţiilor prevăzute la art. 1 alin. (3), şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.

Valoarea definitivă a unui punct pentru plata pe serviciu nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu.

(4) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu medical se determină astfel:

Fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv, din care se scade suma pentru plata per capita precum şi venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de familie se calculează prin totalizarea sumelor rezultate ca urmare a înmulţirii numărului de puncte "per capita" efectiv realizate şi a numărului de puncte pe serviciu efectiv realizate cu valoarea pentru un punct "per capita", respectiv cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Suma cuvenită medicilor de familie pentru un trimestru se calculează prin totalizarea sumelor rezultate prin înmulţirea numărului de puncte "per capita" şi a numărului de puncte pe serviciu medical efectiv realizate în trimestrul respectiv cu valoarea punctului "per capita", respectiv cu valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

ART. 11 Lunar, medicul de familie transmite caselor de asigurări de sănătate, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, prin reprezentantul legal, întreaga activitate efectiv realizată în luna anterioară, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prevederilor contractului-cadru şi a prezentelor norme. Nerespectarea termenului de raportare atrage după sine nedecontarea la termenele

stabilite a sumelor cuvenite pentru activitatea desfăşurată de medicul respectiv pentru perioada aferentă.

ART. 12 Persoanele înscrise care doresc să îşi schimbe medicul de familie vor adresa o cerere de transfer, al cărei model este prevăzut în Anexa nr. 2 A, medicului de familie la care doresc să se înscrie, precizând numele medicului de la care pleacă. Medicul de familie primitor are obligaţia să anunţe în scris (prin poştă), în maximum 15 zile lucrătoare, medicul de familie de la care a plecat persoana, precum şi casa de asigurări de sănătate. Medicul de familie de la care pleacă persoana are obligaţia să transmită fişa medicală (originalul), prin poştă, medicului primitor, în termen de 15 zile lucrătoare de la solicitare. Cabinetul medical de la care pleacă persoana păstrează o copie conform cu originalul a fişei medicală a acesteia, conform legii.

ART. 13 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, o dată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicului de familie.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea punctului "per capita" şi la valoarea definitivă a punctului pe serviciu, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv. În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(3) Eventualele erori de validare se regularizează trimestrial la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

ART. 14 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, întâlniri cu medicii de familie pentru a analiza aspecte privind calitatea furnizării serviciilor medicale în asistenţa medicală primară, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de familie măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor de familie la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 15 (1) În aplicarea art. 39 alin. (1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, prin nerespectarea programului de lucru stabilit se înţelege absenţa nemotivată de la programul de lucru afişat pentru activitatea desfăşurată în cabinetul medical.

(2) Absenţa motivată se ia în considerare pentru situaţiile prevăzute la art. 3 alin. (2), precum şi pentru următoarele situaţii: citaţii de la instanţele judecătoreşti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenţa la instituţiile respective, cu condiţia numirii unui înlocuitor pe bază de convenţie de reciprocitate sau convenţie de înlocuire, ale cărui număr de telefon şi adresă vor fi afişate la cabinetul medical, precum și în cazul participării la manifestări organizate pentru obținerea de credite EMC, în scopul realizării punctajului necesar acreditării de către CMR. Pentru aceste situaţii medicii de familie trebuie să depună la casa de asigurări de sănătate copia documentelor justificative. În cazul în care medicul titular al unui cabinet medical individual are angajat medic/medici de familie, pentru perioadele de absenţă prevăzute anterior poate fi înlocuit de medicul/medicii de familie angajat/angajaţi.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale din asistenţa medicală primară, care au competenţa şi dotarea necesară, ecografii generale (abdomen şi pelvis), la tarifele şi în condiţiile asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

Medicii de familie pot efectua aceste servicii numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

Numărul de investigaţii paraclinice contractat este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractată.

Efectuarea serviciilor medicale paraclinice se desfăşoară în cadrul unui program suplimentar, stabilit în afara programului de lucru contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală primară.

Art. 17 (1) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul urban, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru în mediul urban rezultat prin preluarea unui praxis, nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 18 Medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe baza unei programări, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activităţii la nivelul asistenţei medicale ambulatorii în vederea creşterii calităţii actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ANEXA 2 A

CERERE DE TRANSFER
- model -

Nr. înregistrare VIZAT*),
_____/_____

Unitatea sanitară……
CUI…….
Sediu (localitate, str., nr.) ……
…….
Casa de Asigurări……..
Nr. contract / convenţie……

Medic de familie……
(semnătură şi parafă)

Domnule / Doamnă Doctor,

Subsemnatul (a) _____, cetăţenie_____ ,
C.N.P. I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I , data naşterii_____, domiciliat(ă) în _____ str._____, nr._____, bl._____, sc.____, ap._____, jud./sector _____, act de identitate _____, seria_____, nr_____, eliberat de _____, la data_____, telefon _____,
solicit înscrierea mea pe lista dumneavoastră prin transfer de la medicul de familie_____ din unitatea sanitară_____
str_____ nr:_____ jud./ sector_____

Declar pe propria răspundere că nu solicit transferul mai devreme de 6 luni calendaristice de la ultima înscriere.
Anexez prezentei cereri documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare (se va bifa numai de către persoanele asigurate).

Răspund de exactitatea datelor cuprinse în prezenta cerere, pe care o semnez.

Data: / / Semnătura:
Domnului/Doamnei Doctor
_____

*) Se completează cu datele unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie pe lista căruia se solicită transferul, respectiv semnătura şi parafa acestuia.

ANEXA 2 B

Furnizor de servicii medicale .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul*1 (a) ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale, depusă în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de*2 .....

Subsemnatul*3 (a) ..... legitimat (a) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere, că datele de identificare a persoanelor înscrise pe lista/listele cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale depusă/depuse în format electronic la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în vederea încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2011 este valabilă şi conformă cu evidenţele proprii existente la data de*4 ....., pentru următorii medici de familie:

.....

NOTĂ:

*1 Pentru cabinetele medicale individuale

*2, *4 Se va trece data la care a încetat termenul de valabilitate a contractului anterior

*3 Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale:

- cabinet asociat sau grupat
- societate civilă medicală
- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare
- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie

Data	Reprezentant legal
.....	(semnătura şi ştampila

ANEXA 3
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Cabinetul medical de asistenţă medicală primară ....., organizat astfel:

- cabinet individual ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul titular .....

- cabinet asociat sau grupat ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin medicul delegat .....

- societate civilă medicală ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentată prin administratorul .....

- unitate medico-sanitară cu personalitate juridică, înfiinţată potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., reprezentată prin .....,

- cabinet care funcţionează în structura sau în coordonarea unei unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., cu sau fără punct secundar de lucru ....., reprezentat prin .....

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail ....., şi sediul punctului secundar de lucru în localitatea ....., str. ..... nr. ..., telefon fix/mobil ....., adresă e-mail .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetul de servicii medicale de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în Anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011- 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale se face, pentru persoanele care beneficiază de serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz

precum şi pentru pacienţii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, de către următorii medici de familie:

1. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

2. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

3. ....., având un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului facultativ de servicii medicale, un număr de ..... persoane beneficiare ale pachetului de servicii medicale de bază, înscrise pe lista proprie;

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maxim 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor medicilor de familie, să comunice în scris şi sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile legii;

h) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor "per capita" şi per serviciu, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total naţional de puncte realizate atât "per capita", cât şi pe serviciu, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

i) să ţină evidenţa distinctă a persoanelor asigurate de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă; pentru asiguraţii care se află în evidenţa Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi a Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calităţii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi de Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic. Pentru persoanele asigurate care se află în evidenţa caselor de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, confirmarea calităţii de asigurat se face de către casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;

j) să informeze asiguraţii cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispun;

k) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

l) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

n) să monitorizeze perioadele de absenţă a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;

o) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, şi să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

3. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris;

4. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

5. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali;

6. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

7. să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situaţia în care nu se respectă această obligaţie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreşte să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de transfer, conform modelului şi condiţiilor prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

8. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

9. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii, sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

10. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală, de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

11. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

12. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

13. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

14. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate , atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European,

titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale pe teritoriul României de la furnizori aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

15. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

16. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

17. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

18. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …......, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

19. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

20. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

21. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

22. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraţilor fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

23. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

24. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

25. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

26. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

27. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

28. să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

29. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

30. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

31. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

32. să întocmească bilet de trimitere către societăţi de turism balnear şi de recuperare şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

33. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale ~~nu~~ au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurari de sanatate dacă pacientul face dovada calității de asigurat;

34. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unci de asigurări sociale de sănătate.

35. să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare şi să raporteze această

evidenţă casei de asigurări de sănătate, atât la contractare – lista, cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

36. în cazul încetării/rezilierii contractului/convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenţia încheiat(ă) cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor şi care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

37. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

38. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

39. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul.

40. sa informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate, in condiţiile legii;

41. să efectueze si sa raporteze vaccinările obligatorii prevăzute in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sănătăţii

42. să informeze părinţii asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului national de imunizare al Ministerului Sanatatii; in cazul in care medicul recomanda parintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decat cel asigurat in cadrul Programului national de imunizari, acesta are obligatia de a solicita consimtamantul informat al parintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

43. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publica

44. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară sunt:

1. Plata "per capita" - prin tarif pe persoană asigurată

1.1. Plata "per capita" se face conform art. 1 alin. (2) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 -2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

1.2. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comună) - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 32 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare:

DA/NU .....

1.3. Medic nou-venit în localitate - unitate administrativ-teritorială / zonă (oraş, comună) - în sistemul de asigurări sociale de sănătate, în condiţiile prevederilor art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, care încheie contract după expirarea convenţiei de furnizare de servicii medicale încheiată pe o perioadă de 3 luni:

DA/NU .....

Perioada de plată în condiţiile prevederilor art. 1 alin. (2) lit. c) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare: de la ..... până la .....

1.4. Valoarea punctului "per capita", unică pe ţară, este în valoare de 3 lei, valabilă pentru luna iunie şi trimestrul III 2011. Pentru trimestrul IV 2011 valoarea punctului „per capita" va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea punctului „per capita" din trimestrul III 2011.

1.5. Numărul total de puncte calculat conform art. 1 alin. (2) lit. a), b) sau lit. c), după caz, din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în raport:

a) cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie: .....%*)

*) Pentru cabinetele medicale din mediul rural din aria Rezervaţiei biosferei Delta Dunării, se aplică un procent de majorare de 100%, indiferent de punctajul obţinut potrivit Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 163/93/2008; în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie

b) cu gradul profesional:

- medic primar .....%
- medic care nu a promovat un examen de specialitate .....%

2). În situaţia în care numărul de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie depăşeşte 2.200, plata per capita se realizează după cum urmează:

a) numărul total de puncte rezultat în raport cu numărul de persoane asigurate din listă şi structura pe grupe de vârstă se înmulţeşte cu raportul dintre 2.200 şi numărul de asiguraţi pe listă, astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

b) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă este mai mic sau egal cu 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per} = \text{număr de} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{} \times 0,5$$

capita de decontat puncte realizate Număr persoane asigurate înscrise

c) pentru cabinetele medicale individuale care au angajat unul sau mai mulţi medici, în condiţiile în care totalul persoanelor asigurate înscrise pe listă depăşeşte 4.000, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(4.000 - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

d) În situaţia în care cabinetul medical se află într-o zonă/ unitate administrativ-teritorială, cu deficit din punct de vedere al prezenţei medicului de familie stabilită de comisia prevăzută la art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, numărul total de puncte se calculează după cum urmează:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{2200}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}}$$

la care se adaugă suplimentar un număr de puncte care se calculează astfel:

$$\text{Nr. puncte per capita de decontat} = \text{număr de puncte realizate} \times \frac{(\text{număr înscrişi} - 2.200)}{\text{Număr persoane asigurate înscrise}} \times 0,5$$

2. Plata prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale, servicii nominalizate la art. 1 alin. (3) lit. c) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010 cu modificările şi completările ulterioare:

2.1. Plata pe serviciu medical pentru serviciile enunţate la pct. 2 se face conform art. 1 alin. (3) din Anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2.2. Valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este unică pe ţară, şi pentru luna iunie şi trimestrul III 2011 este în valoare de 1,8 lei;

pentru trimestrul IV 2011, valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical va fi prevăzută în norme şi se calculează în funcţie de fondurile aprobate cu această destinaţie care să asigure valoarea minimă garantată din trimestrul III 2011.

3. Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic de familie

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

Medic de familie angajat*)

Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
b) Medic de familie
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
Medic de familie angajat*)
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
Grad profesional .....
Codul de parafă al medicului .....
Program de lucru .....
---
*) În cazul cabinetelor medicale individuale.
1. Asistent medical
Nume ..... Prenume .....
Cod numeric personal .....
2. .....
c) .....

ART. 9 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, la valoarea pentru un punct "per capita" respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de către furnizor la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea drepturilor băneşti ale medicilor de familie ca urmare a regularizărilor în funcţie de valoarea definitivă a punctului pe serviciu medical.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără

contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 7 pct. 9, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, cu 10%;

(4) În cazul în care, în derularea contractului, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 39, 41, 42 şi 43 se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii, cu 10%.

(5) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea punctului per capita, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(6) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) şi (5) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (3), (4) şi (5) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (3), (4) şi (5) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (3), (4) şi (5) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 12 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 13 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia / acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) odată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 9 alin. (3) şi (4) pentru oricare situaţie, precum şi o dată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 9 alin. (5).

g) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

i) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în vederea decontării şi cele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora .

ART. 14 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denunţarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 15 alin. (1) lit. d), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, se poate face printr-o notificare scrisă privind următoarea situaţie: în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menţine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administativ-teritorială/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

(2) In cazul în care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurări de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) După reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurări de sanatate este înştiinţată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor, de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplica corespunzător numai medicului, aflat în contract cu casa de asigurari de santate ~~si~~ care se află în această situaţie.

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei de la art. 7 pct. 8, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 16 Situaţiile prevăzute la art. 13 şi la art. 14 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 şi lit. f) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţiile prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate, cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 17 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 18 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 19 Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 20 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

ART. 21 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 22 (1) Litigiile legate de încheiere, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....
Director executiv al
Direcţiei economice,
.....
Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functionează sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligatia de a functiona cu personalul asigurat pentru raspundere civila in domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;
- lista, pe suport de hârtie şi în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou veniţi şi numai în format electronic pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent
- declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia/acestora, conform modelului prevăzut în anexa nr. 2 B din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare
- lista bolnavilor cu afecţiunile cronice conform evidenţei organizate la nivelul cabinetului.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 4
- model -

Vizat
Casa de Asigurări de Sănătate .....

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între reprezentantul legal al cabinetului medical şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:
Dr. .....,
(numele şi prenumele)
reprezentant legal al cabinetului medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţ/sector ....., telefon: fix, mobil, ... adresa de e-mail ..... fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal al reprezentantului legal .....
Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)
şi
Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)
Codul de parafă .....
Codul numeric personal .....
cu Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....
II. Obiectul convenţiei:
1. Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contractul nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie ..... .
2. Prezenta convenţie se depune la casa de asigurări de sănătate odată cu înregistrarea primei perioade de absenţă în cadrul derulării contractului şi se actualizează, după caz.
III. Motivele absenţei
1. incapacitate temporară de muncă în limita a două luni/an .....
2. vacanţă pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare/an .....
3. studii medicale de specialitate pentru o perioadă de maximum două luni/an .....
4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică, alese sau numite, în limita a două luni/an .....
IV. Locul de desfăşurare a activităţii
Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....
V. Obligaţiile medicului înlocuitor
Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.
În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale

medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Venitul "per capita" şi pe serviciu medical pentru perioada de absenţă se virează de Casa de Asigurări de Sănătate ..... în contul titularului contractului nr. ....., acesta obligându-se să achite medicului înlocuitor ..... lei/lună.

2. Termenul de plată .....

3. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în 3 exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi câte un exemplar revine părţilor semnatare.

Reprezentantul legal al cabinetului medical,	Medicul înlocuitor
.....	.....

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă în limita a două luni/an.

ANEXA 5
- model -

CONVENŢIE DE ÎNLOCUIRE*)
(anexă la Contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară nr. .....) între casa de asigurări de sănătate şi medicul înlocuitor

I. Părţile convenţiei de înlocuire:

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon: fix, mobil ..... adresa de e-mail ..... fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

pentru

Medicul înlocuit .....
(numele şi prenumele)

din cabinetul medical ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., cu contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. ....., încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate ....., cont nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca ....., cod de identificare fiscală - cod unic de înregistrare
....., al cărui reprezentant legal este: .....,
(numele şi prenumele)
având codul numeric personal nr. .....

şi

Medic înlocuitor .....,
(numele şi prenumele)

Codul de parafă .....

Codul numeric personal .....

Licenţa de înlocuire temporară ca medic de familie nr. .....

II. Obiectul convenţiei

Preluarea activităţii medicale a medicului de familie ....., cu contract nr. ....., pentru o perioadă de absenţă de ....., de către medicul de familie .....

III. Motivele absenţei:

1. incapacitate temporară de muncă, care depăşeşte două luni/an .....

2. concediu de sarcină sau lehuzie .....

3. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului în vârstă de până la 2 ani .....

4. perioada cât ocupă funcţii de demnitate publică alese sau numite, care depăşeşte două luni/an .....

5. perioada în care unul dintre soţi îl urmează pe celălalt trimis în misiune permanentă în străinătate sau să lucreze într-o organizaţie internaţională în străinătate .....

6. perioada de rezidenţiat în specialitatea medicină de familie sau alte studii medicale de specialitate .....

7. concediu pentru creşterea şi îngrijirea copilului cu handicap până la împlinirea de către acesta a vârstei de 3 ani

IV. Locul de desfăşurare a activităţii

Serviciile medicale se acordă în cabinetul medical (al medicului înlocuit) .....

Programul de activitate al medicului înlocuitor se va stabili în conformitate cu programul de lucru al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea.

V. Obligaţiile medicului înlocuitor

Obligaţiile medicului înlocuitor sunt cele prevăzute în contractul încheiat între medicul de familie înlocuit şi casa de asigurări de sănătate.

Medicul înlocuitor are obligaţia faţă de cabinetul medical al medicului înlocuit de a suporta cheltuielile de administrare şi de personal care reveneau titularului cabinetului respectiv.

În desfăşurarea activităţii, medicul înlocuitor utilizează parafa proprie, registrul de consultaţii al cabinetului în care îşi desfăşoară activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, numărul de contract şi ştampila cabinetului medical al medicului înlocuit.

VI. Modalitatea de plată a medicului de familie înlocuitor

1. Veniturile "per capita" şi pe serviciu aferente perioadei de absenţă se virează de casa de asigurări de sănătate în contul medicului înlocuitor nr. ....., deschis la Banca .....

2. Pentru punctajul "per capita" se va lua în calcul gradul profesional al medicului înlocuitor pentru perioada de valabilitate a convenţiei.

3. Termenul de plată .....

4. Documentul de plată .....

VII. Prezenta convenţie de înlocuire a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare, dintre care un exemplar devine act adiţional la contractul nr. ..... al medicului înlocuit şi un exemplar revine medicului înlocuitor.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	Medicul înlocuitor,
Preşedinte - director general,	.....
.....	
Director executiv al Direcţiei economice	De acord,
.....	Reprezentant legal al cabinetului medical**)
	.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

---

*) Convenţia de înlocuire se încheie pentru perioade de absenţă mai mari de două luni/an.

**) Cu excepţia situaţiilor în care acesta se află în imposibilitatea de a fi prezent.

ANEXA 6

CONVENŢIE DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală primară

I. Părţile contractante

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Unitatea sanitară de asistenţă medicală primară ....., cu sau fără punct de lucru secundar ....., reprezentată prin .....,

având sediul cabinetului medical în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., şi sediul punctului de lucru secundar în comuna ....., str. ..... nr. ..., telefon: fix/mobil ....., adresă de e-mail .....,

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie furnizarea de servicii medicale în asistenţa medicală primară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale furnizate

ART. 2 Serviciile medicale furnizate în asistenţa medicală primară sunt cuprinse în pachetele de servicii medicale prevăzute în anexa nr. 1 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

IV. Durata convenţiei

ART. 3 Prezenta convenţie este valabilă o perioadă de maximum 3 luni de la data încheierii.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 4 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie convenţii numai cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii convenţiilor, prin afişare pe pagina web şi la sediul propriu, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze medicilor de familie nou-veniţi în sistemul de asigurări sociale de sănătate, la termenele prevăzute în convenţie, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie, venitul, conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web proprii precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

d) să acorde furnizorului de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare, notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să informeze furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de încheiere a convenţiilor şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative prin publicare pe pagina web proprii;

g) să informeze asiguraţii cu privire la dreptul acestora de a efectua controlul medical, prin toate mijloacele de care dispune;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să contracteze, respectiv să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare,.

j) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

Art. 5 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenţie, curative, de urgenţă şi de suport în limita competenţei profesionale;

2. să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris;

3. să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie la prima consultaţie, în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;

4. să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali;

5. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

6. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a convenţiei, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

7. să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii, sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală iar la externarea din spital, recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este cel stabilit în anexa nr. 38 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Pentru persoanele care se încadrează în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună", medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul.

8. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele de care beneficiază asiguraţii corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

9. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

10. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

11. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

12. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

13. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

14. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

15. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….… pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezenta convenţie şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării convenţiei.

16. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării convenţiei;

17. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

18. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită, în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

19. să asigure acordarea de servicii medicale asiguraţilor fără nici o discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

20. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

21. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

22. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

23. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

24. să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

25. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

26. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

27. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate activitatea realizată conform convenţiei de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, atât pe suport de hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate în mod distinct pentru asiguraţi, pentru persoanele cărora li s-a acordat asistenţă medicală pentru accidente de muncă şi boli profesionale, pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României;

28. să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară numai ca urmare a scrisorii medicale comunicată de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

30. să întocmească bilet de trimitere, către societăţi de turism balnear şi de recuperare, şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care se face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;

31. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorul de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurari de sanatate;

32. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia

contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond.

33. să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi să raporteze această evidenţă la casa de asigurări de sănătate, la sfârşitul primei luni - lista cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici.

34. în cazul încetării/rezilierii convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe casa de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicul/medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor şi care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

35. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.

36. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare.

37. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul.

38. să îşi constituie o listă proprie cuprinzând persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale şi să comunice lunar casei de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora le-a acordat servicii medicale;

39. să informeze persoanele asigurate în vârstă de peste 18 ani înscrise pe lista sa cu privire la dreptul acestora de a efectua un control medical pentru prevenirea bolilor cu consecinţe majore în morbiditate şi mortalitate, in condiţiile legii;

40. să efectueze si sa raporteze vaccinările obligatorii prevăzute in cadrul Programului naţional de imunizare al Ministerului Sănătăţii;

41. să informeze părinţii asupra vaccinărilor si tipurilor de vaccinuri acordate in cadrul Programului naţional de imunizare al Ministerului Sănătăţii; in cazul in care medicul recomanda părintelui efectuarea unui alt tip de vaccin decât cel asigurat in cadrul Programului naţional de imunizări, acesta are obligaţia de a solicita consimţământul informat al părintelui pentru utilizarea, respectiv administrarea vaccinului recomandat, in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

42. să asigure realizarea altor vaccinari recomandate si reglementate de Ministerul Sanatatii ca actiuni prioritare de sanatate publică;

43. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 6 Modalităţile de plată în asistenţa medicală primară pentru medicii nou-veniţi sunt:

Medicii de familie nou-veniţi într-o localitate beneficiază de un venit format din:

a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut de medic, la care se aplică ajustările prevăzute la art. 1 alin. (2) lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulţit cu 1,5.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical şi medic de familie nou-venit în componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat convenţia:

a) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă a medicului .....

Program de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

b) Medic de familie nou-venit

Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Grad profesional .....

Codul de parafă a medicului .....

Program de lucru .....

Venitul lunar aferent medicului de familie nou-venit ..... lei

Sporul acordat în raport cu condiţiile în care îşi desfăşoară activitatea .....%

Suma lunară aferentă cheltuielilor de administrare şi funcţionare a cabinetului medical în care îşi desfăşoară activitatea medicul de familie nou-venit ..... lei

Venitul lunar total aferent medicului de familie nou-venit ..... lei, plătit la data de ..... pe baza facturii şi a documentelor necesare decontării depuse lunar de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

c) .....

.....

ART. 7 (1) În cazul în care în derularea convenţiei se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezenta convenţie precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului, fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 5 pct. 7 se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate.

(2) În cazul în care, în derularea convenţiei, se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 5 pct. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33, 35, 37, 38, 40, 41 şi 42, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, se diminuează suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru pentru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(3) În cazul în care în derularea convenţiei se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform convenţiei, nu au fost efectuate, la prima constatare se diminuează cu 10% suma stabilită conform art. 31 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, medicilor de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

VII. Calitatea serviciilor

ART. 8 Serviciile medicale furnizate în baza prezentei convenţii trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 9 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauză specială

ART. 10 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării convenţiei şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul

Bucureşti, prin care să certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea convenţiei

ART. 11 Convenţia de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării convenţiei de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia/acestuia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) o dată cu prima constatare după aplicarea în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 7 alin. (1) şi (2) pentru oricare situaţie, precum şi odată cu prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 7 alin. (3).

f) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în convenţie prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, convenţia se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate şi cele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform convenţiei încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora.

i) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentei convenţii, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru;

ART. 12 (1) Convenţia de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală sau în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei cu care de află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denunţarea unilaterala a convenţiei de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a convenţiei în condiţiile art. 13 alin. (1) lit. d) – cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care convenţia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii conventiei.

(3) In cazul in care convenţia dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din conventie a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in conventia incheiata cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii conventiei.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care conventia/contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru.

ART. 13 (1) Convenţia se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a convenţiei;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) de la data la care casa de asigurari de sanatate este instiinţată despre decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se va aplica corespunzător numai medicului aflat în convenţie, care se află în situaţia descrisă anterior.

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c), din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei de la art. 5 pct. 6, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a convenţiei; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform convenţiilor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 14 Situaţiile prevăzute la art. 11 şi la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a2), a3), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 12 alin. (1) lit. a) subpct. a1) şi d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

XI. Corespondenţa

ART. 15 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea convenţiei

ART. 16 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 17 Dacă o clauză a acestei convenţii ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale convenţiei nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului convenţiei.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 18 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezenta convenţie vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezenta convenţie de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiată astăzi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE

Preşedinte - director general, Reprezentant legal,

....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei
relaţii contractuale
.....
Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la conventia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie conventia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care isi desfasoara activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care este inregistrat in contract functionează sub incidenta acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a unităţii sanitare nr. .....,
- dovada de evaluare a punctului secundar de lucru nr. .....,
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,
- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,
- programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;

Documentele necesare încheierii convenţiei, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - ecografii generale (abdomen şi pelvis) efectuate de medicii de familie. Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat.

ANEXA 7

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice şi de medicină dentară

CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice

A. Pachetul minimal de servicii medicale

a) Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament) în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. În situaţia în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

b) Depistarea de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumptiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament).

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă” de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

NOTA 3: Se raportează şi se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată.

NOTA 4: Consultaţia prevăzuta la lit. a), include toate serviciile medicale necesare, în limita competenţei medicului de specialitate acordate pentru rezolvarea situaţiei care pune în pericol viaţa pacientului şi/sau bilet de trimitere pentru internare în spital pentru cazurile care depăşesc posibilităţile de rezolvare în ambulatoriul de specialitate

B. Pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ

a) serviciile cuprinse la lit. A <<Pachetul minimal de servicii medicale>>;

b) servicii medicale curative:

Consultaţie pentru afecţiuni acute, subacute (anamneză, examen clinic, diagnostic şi tratament). Pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris, costurile se suportă integral de către persoana asigurată facultativ.

Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pentru acelaşi episod de boală acută/ subacută, pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultaţie, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultaţii sau poate acorda o singură consultaţie şi poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;
- dacă medicul de familie a acordat două consultaţii, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultaţie.

NOTA 1: Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută/ subacută.

NOTA 2: În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

NOTA 3: În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/ subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

NOTA 4: În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial."

C. Pachetul de servicii medicale de bază

C1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală (contract sau convenţie) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare cazurile de urgenţă medico-chirurgicală şi consultaţiile pentru afecţiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39 A, serviciile de medicină dentară, precum şi serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie şi planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultaţiile şi serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua şi a treia consultaţie în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

Biletul de trimitere este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Consultaţia medicală de specialitate cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice.
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare;

Nota I: pentru cazurile acute/subacute

1. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultaţii pe asigurat, şi necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului. Numărul maxim de 3 consultaţii se poate acorda cumulat atât la nivelul medicului de familie, cât şi la nivelul medicului/medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultaţie, medicul de specialitate poate acorda maximum două consultaţii sau poate acorda o singură consultaţie şi poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;
- dacă medicul de familie a acordat două consultaţii, medicul de specialitate mai poate acorda o singură consultaţie şi nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.

Circuitul privind modalităţile în care pot fi acordate cele 3 consultaţii se referă numai la un singur episod de boală acută /subacută.

În situaţiile în care la o consultaţie se diagnostichează două sau mai multe afecţiuni acute/ subacute, numărul consultaţiilor decontate de casa de asigurări de sănătate este maximum 3.

În situaţia în care în derularea unui episod de boală acută/subacută după prima sau a doua consultaţie apare o altă afecţiune acută/ subacută, numărul consultaţiilor este maximum 4, respectiv 5.

În situaţia în care există prezumţia privind existenţa unei alte afecţiuni asociate, medicul care suspicionează va consemna distinct pe biletul de trimitere numărul de consultaţii pentru afecţiunile acute/ subacute pentru care pacientul s-a prezentat iniţial.

2. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Consultaţia pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu se acordă:

- pentru efectuarea unor manevre terapeutice sau administrarea unor tratamente stabilite de medic cu ocazia consultaţiilor acordate pacientului pentru stabilirea diagnosticului, atunci când este necesară prezentarea repetată a pacientului la cabinet;
- la externare, inclusiv după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, manevre chirurgicale minore şi scoaterea firelor, scoaterea ghipsului."

Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit, la un interval de 3 - 6 luni, după caz.

Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Nota II: pentru asiguraţii cu afecţiuni cronice

1. Pentru evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente, trimestrial sau lunar;

2. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică a bolnavilor cu afecţiuni cronice, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie / trimestru pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice şi prescripţia/prescripţiile medicale aferente consultaţiei, dacă acesta, în trimestrul respectiv, nu a beneficiat de nicio consultaţie în condiţiile prevăzute la pct. 1.

3. Pentru asigurarea serviciilor medicale necesare pentru bolnavii cu afecţiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, prevăzute în anexa nr. 39 A la ordin, acesta va organiza evidenţa specifică, utilizând formularele de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Evidenţa acestor bolnavi cuprinde:

- întocmirea listei şi depunerea acesteia la contractare;
- raportarea lunară a modificărilor intervenite/mişcarea lunară/intrări/ieşiri

4. Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii pentru cazurile cu diagnostic deja confirmat, la externare, sau pentru cazurile care necesită urmărirea evoluţiei sub tratament a pacientului în ambulatoriu.

Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

Nota III: Asistenţă medicală de urgenţă (anamneză, examen clinic şi tratament), în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. În situaţia în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depăşesc competenţa medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate.

Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca „urgenţă” de către medicul de specialitate în documentele de evidenţă de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează şi se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată şi rezolvată la nivelul cabinetului.

Numărul de puncte pe consultaţie, valabil pentru pachetele de servicii:

		Număr puncte pentru specialităţi medicale	Număr puncte pentru specialităţi chirurgicale
a.	Consultaţia copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte
b.	Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrica a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	32,40 puncte	-
c.	Consultaţia peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte
d.	Consultaţia de psihiatrie şi psihiatrie pediatrica peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-
e.	Consultaţia de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-
f.	Consultaţia de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 şi 3 ani	21,6 puncte	-
g.	Consultaţia de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-

Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniţi se încadrează în grupa peste 4 ani). Pentru persoanele cu vârsta de 60 de ani şi peste, numărul de puncte corespunzător consultaţiei se majorează cu 2 puncte.

C2. Specialităţile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic şi serviciile diagnostice şi terapeutice

(numai pentru pachetul de servicii medicale de bază) pentru care plata serviciilor medicale se face prin tarif pe serviciu medical exprimat in puncte:

I. Specialitati clinice:

Nr. Crt.	
1.	Alergologie şi imunologie clinică
2.	Boli infecţioase
3.	Cardiologie
4.	Chirurgie cardiovasculară
5.	Chirurgie generală
6.	Chirurgie pediatrică
7.	Chirurgie plastică şi microchirurgie reconstructivă
8.	Chirurgie toracică
9.	Dermatovenerologie
10.	Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice
11.	Endocrinologie
12.	Gastroenterologie
13.	Genetică medicală
14.	Geriatrie şi gerontologie
15.	Hematologie
16.	Medicină internă
17.	Nefrologie
18.	Neonatologie
19.	Neurochirurgie
20.	Neurologie
21.	Neurologie pediatrică
22.	Oncologie medicală
23.	Obstetrică-ginecologie
24.	Oftalmologie
25.	Otorinolaringologie
26.	Ortopedie şi traumatologie (inclusiv pediatrica)
27.	Pediatrie
28.	Pneumologie
29.	Psihiatrie
30.	Psihiatrie pediatrică
31.	Reumatologie
32.	Urologie
33.	Chirurgie vasculară
34.	Radioterapia(* *) Numai ca si consultatie de control, maxim 1 la 3 luni pentru pacientii care au beneficiat de radioterapie
35.	Chirurgie orală şi maxilo-facială(** **) Nu se raportează în vederea decontării consultaţiile şi serviciile medicale pentru chirurgia dento-alveolară

II. Serviciile diagnostice simple şi complexe şi serviciile terapeutice/ tratamente chirurgicale şi medicale:

1. Servicii diagnostice simple: - punctajul aferent acestor servicii este de 11 puncte/procedură	
1.1.	Biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
1.2.	Biometrie
1.3.	Explorarea câmpului vizual (perimetrie)
1.4.	Recoltare pentru test Babeş-Papanicolau
1.5.	Examen electromiografic
1.6.	Examen electroneurografic
1.7.	EEG standard
1.8.	EKG de efort
1.9.	Spirometrie
1.10.	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
1.11.	Teste cutanate (prick sau IDR) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv şi negativ);
1.12.	Teste de provocare nazală, oculară, bronşică ;
1.13	Teste cutanate cu agenţi fizici (maximum 4 teste)
1.14.	Osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
1.15.	Audiograma tonala liminara
1.16.	Audiograma vocala

	2. Servicii diagnostice complexe: - punctajul aferent acestor servicii este de 17 puncte/procedură
2.1.	Colonoscopie
2.2.	Determinarea refracţiei (skiascopie, refractometrie,autorefractometrie), astigmometrie
2.3.	Examen fibroscopic nas, cavum, laringe
2.4.	Explorarea funcţiei binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor) examen pentru diplopie
2.5.	Foniatrie ORL
2.6.	Puncţie-biopsie osoasă cu amprentă
2.7.	Puncţie sinusală
2.8.	Puncţie aspirat de măduvă osoasă
2.9.	Tonometrie; pahimetrie corneeană
2.10.	Uretroscopie ambulatorie
2.11.	Determinarea potenţialelor evocate vizuale
2.12.	Determinarea potenţialelor evocate de trunchi cerebral (auditive)
2.13.	Determinarea potenţialelor evocate somatoestezice
2.14.	Bronhoscopia
2.15.	Examen electroencefalografic cu probe de stimulare si/sau mapping
2.16.	Examen ultrasonografic extracranian al aa Cervico-cerebrale(Doppler, echotomografie şi tehnici derivate)
2.17.	Examen Doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate
2.18.	Endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden)
2.19.	Video - electroencefalografie
2.20	EKG continuu (24 ore, Holter)
2.21	Holter TA

	3. Servicii terapeutice / tratamente chirurgicale: - punctajul aferent acestor servicii este de 23 puncte/procedură
3.1	Infiltraţii peridurale
3.2	Electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
3.3	Ablaţia unui polip sau fibrom cervical
3.4	Bandare varice esofagiene
3.5	Conizaţia cu ansă diatermică sau cu bisturiul
3.6.	Criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală – transschelară
3.7.	Cură chirurgicală a othematomului
3.8.	Dilataţia stricturii uretrale
3.9.	Extracţie de corpi străini
3.10.	Extracţie endoscopică corpi străini
3.11.	Extragere bronhoscopică de corpi străini din căile respiratorii
3.12.	Electrocauterizare sau cauterizarea mucoasei nazale
3.13.	Manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col
3.14	Polipectomie endoscopică gastrică
3.15	Polipectomie endoscopică rectosigmoidiană
3.16.	Polipectomie endoscopică colonică
3.17	Secţiunea optică a stricturii uretrale
3.18	Sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
3.19	Terapia chirurgicală a abcesului de părţi moi
3.20	Terapia chirurgicală a abcesului perianal
3.21	Terapia chirurgicală a abcesului pilonidal
3.22	Terapia chirurgicală a adenoflegmonului
3.23	Terapia chirurgicală afecţiunilor mamare superficiale
3.24	Terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
3.25	Terapia chirurgicală a degerăturilor (gr.I şi gr. II)
3.26	Terapia chirurgicală a edemului dur posttraumatic
3.27	Terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
3.28	Terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
3.29	Terapia chirurgicală a flegmoanelor superficiale mână fără limfangită
3.30	Terapia chirurgicală a flegmoanelor lojă tenară, hipotenară, comisurale, tenosinovitelor
3.31	Terapia chirurgicală a furunculului, Furunculului antracoid, furunculozei
3.32	Terapia chirurgicală a granulomului ombilical
3.33	Terapia chirurgicală a hematomului
3.34	Terapia chirurgicală a hidrosadenitei
3.35	Terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%
3.36	Terapia chirurgicală a panariţiului eritematos
3.37	Terapia chirurgicală a panariţiului flictenular
3.38	Terapia chirurgicală a panariţiului periunghial şi subunghial
3.39	Terapia chirurgicală a panaritiului antracoid
3.40	Terapia chirurgicală a panaritiului pulpar
3.41	Terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval
3.42	Terapia chirurgicală a piciorului diabetic (polinevrita, supuraţii, microangiopatie)
3.43	Terapia chirurgicală a polipului rectal procident (extirpare)

3.44	Terapia chirurgicală a seromului posttraumatic
3.45	Terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii
3.46	Terapia chirurgicală a supuraţiilor mamare profunde)
3.47	Terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
3.48	Terapia chirurgicală a tumorii scalpului, simplă
3.49	Terapia chirurgicală a tumorilor simple ale buzei
3.50	Tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces,xantelasme)
3.51	Tratamentul chirurgical al pingueculei
3.52	Tratamentul chirurgical al pterigionului
3.53	Tratamentul hemartrozei, hidartrozei; retuşuri de bont.
3.54	Tratamentul plăgilor, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi
3.55	Terapie chirurgicală (inclusiv anestezia)pentru leziuni traumatice, abcese, hematoame organe genitale masculine
3.56	Tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate – plăgi tăiate superficial, înţepate superficial (anestezie, excizie, sutură - inclusiv îndepărtarea firelor, pansament).
3.57	Tratament chirurgical al sinechiei septo-turbinare
3.58	Tratament chirurgical ORL colecţie: sept, flegmon, periamigdalian, furunculul CAE
3.59	Tratament chirurgical al traumatismelor ORL

	4. Servicii terapeutice / tratamente medicale - punctajul aferent acestor servicii este de 13 puncte / procedură
4.1	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen local
4.2	Fotochimioterapie (UV) cu oxoralen generală
4.3	Injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
4.4	Tratament cu laser al polului posterior
4.5	Tratamentul cu laser al polului anterior
4.6	Aerosoli/caz
4.7	Crioterapia/şedinţă
4.8	Imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate
4.9	Psihoterapie individuala (psihoze, tulburari obsesiv-compusive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii);
4.10	Psihoterapie de grup (psihoze, tulburari obsesiv-compusive, tulburari fobice, tulburari de anxietate, distimii, adictii);
4.11	Blocaje nervi periferici
4.12	Blocaje chimice pentru spasticitate (alcool, fenol, toxină botulinică)
4.13	Cateterismul uretrovezical "a demeure" pentru retenţie completă de urină
4.14	Fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate (nev pigmentar congenital, macule)
4.15	Tamponament posterior si/sau anterior ORL
	Tratamente ortopedice medicale
4.16.	Tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange.
4.17	Tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromio-claviculară; fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de

	genunchi; ruptură musculară.
4.18.	Tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare.
4.19	Tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viata
4.20	Tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viata
4.21	Tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg.
4.22.	Puncţii şi infiltraţii intraartriculare.,

NOTA 1: Serviciile de la pct. 3 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor cu specialităţi chirurgicale care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialităţii/competenţelor confirmate de Ministerul Sănătăţii.

Serviciile de la poz. 3.2, 3.19, 3.31, 3.36 – 3.39, 3.47, 3.48 şi 3.56 pot fi raportate şi de medicii cu specialitatea dermatovenerologie.

NOTA 2: Serviciile de la pct. 1, 2 şi 4 se decontează de casele de asigurări de sănătate medicilor de specialitate care au dotarea necesară efectuării acestora, după caz, conform specialităţii/competenţelor confirmate de Ministerul Sănătăţii.

C3. Competenţele/atestatele de studii complementare în baza cărora se poate încheia contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate clinic, cu respectarea prevederilor Contractului-cadru şi normelor, sunt:

a) planificare familială,

b) fitoterapie,

c) homeopatie,

Pentru planificare familială, fitoterapie, homeopatie, tariful consultaţiilor corespunzător punctajului prevăzut la punctul C1.

Pentru fitoterapie şi homeopatie, casele de asigurări de sănătate decontează maximum 2 consultaţii pentru fiecare caz/diagnostic.

C4. În baza competenţei/atestatului de studii complementare în acupunctură se poate încheia contract de furnizare de servicii de acupunctură în ambulatoriu conform modelului de contract pentru furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice. Asiguraţii au dreptul la o consultaţie cu un tarif de 13 lei corespunzător pentru fiecare cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 consultaţii/cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament şi în medie 4 proceduri/zi. Tariful pe serviciu medical - caz pentru serviciile medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

C5. Servicii conexe actului medical pentru servicii conexe furnizate de psihologi şi logopezi - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialităţi clinice:

- neurologie şi neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie, psihiatrie pediatrică,
- precum si alte specialitati clinice pentru boli cronice prevazute in Anexa 39 A lit A si C pentru atingerea obiectivelor stabilite in planului terapeutic individualizat si consemnate in documentele medicale, astfel:

pentru punctul 1 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate oncologie medicală şi hematologie.

pentru punctul 2 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice.

pentru punctele 3 şi 4 lit.A din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate din ambulatoriul spitalelor clinice care monitorizează starea posttransplant şi bolile rare.

Pentru litera C din Anexa nr.39 A la ordin, contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate de nefrologie.

Lista serviciilor conexe şi punctele aferente acestora sunt:

a) Neurologie şi Neurologie pediatrică	
a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică)	19 puncte
Psihodiagnostic	19 puncte
a2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
- consultaţie logopedie	11 puncte
b) Otorinolaringologie:	
b1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
investigarea psihoacustică a vocii	6 puncte
psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene	9 puncte
b2) serviciile conexe furnizate de logoped:	
consultaţie	11 puncte
exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă)	9 puncte
c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică:	
c1) serviciile conexe furnizate de psiholog:	
consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică	4 puncte
psihodiagnostic	19 puncte
c2) serviciile conexe furnizate de logoped	
consultaţie	11 puncte
d) serviciile conexe furnizate de psiholog, pentru bolile cronice din Anexa 39A litera A:	
consiliere psihologică (adulti / copii)	19 puncte

NOTA 1: Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot efectua ecografii cuprinse în tabelul de la capitolul II ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenţei şi a dotărilor necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

NOTA 2: În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale - consultaţii aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi.

NOTA 3: Medicii de specialitate din specialităţile cardiologie şi medicină internă pot efectua serviciul monitorizare şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua această investigaţie în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate cardiologie şi/sau medicină internă şi dacă în cabinetul medical respectiv există aparatura medicală necesară. Pentru efectuarea acestui serviciu, furnizorii de servicii medicale din specialităţile cardiologie şi

medicină internă încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice.

CAPITOLUL II Pachetul de servicii medicale de bază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice			
Nr. Crt.	Cod	Denumirea analizei	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate - lei -
- Hematologie			
1.	2.8070	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, numărătoare reticulocite**), formulă leucocitară, indici eritrocitari*1)	13,06
2.	2.8030	Examen citologic al frotiului sanguin*3)	17,35
3.	2.8100	VSH*1)	2,45
4.	2.8621	Timp Quick, activitate de protrombină*1)	6,73
5.	2.8603	INR*1) (International Normalised Ratio)	7,95
6.	2.8622	APTT	11,46
7.	2.8211	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO *1)	7,03
8.	2.8212	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh*1)	7,34
9.	2.8230	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă *1)	7,03
- Biochimie			
10.	2.1120	Uree serică*1)	5,46
11.	2.1130	Acid uric seric*1)	5,46
12.	2.1140	Creatinină serică*1), **)	5,52
13.	2.1510	Calciu ionic seric*1)	7,34
14.	2.1511	Calciu seric total*1)	5,00
15.	2.1570	Magneziemie*1)	5,00
16.	2.8390	Sideremie*1)	6,62
17.	2.1310	Glicemie*1)	5,35
18.	2.1420	Colesterol seric total*1)	5,35
19.	2.1404	Trigliceride serice*1)	6,56
20.	2.1441	HDL colesterol*1)	7,63
21.	2.1443	LDL*1)	7,17
22.	2.1020	Proteine totale serice*1)	6,56
23.	2.4600	TGO*1)	5,43

24.	2.4610	TGP*1)	5,46
25.	2.4720	Fosfatază alcalină*1)	7,26
26.	2.3210	Fibrinogenemie*1)	12,75
27.	2.4680	Gama GT	7,45
28.	2.1015	Bilirubină totală*1)	5,46
29.	2.1016	Bilirubină directă*1)	5,46
30.	2.4961	Electroforeza proteinelor serice*1)	14,16
31.	2.6021	VDRL*1)	5,12
32.	2.6022	RPR*1)	5,11
33.	2.6023	Confirmare TPHA*1), *4)	11,45
34.	2.1026	Hemoglobina glicozilată*5)	19,00
- Imunologie			
35.	2.6250	ASLO*1)	10,70
36.	2.6692	Factor rheumatoid	8,70
37.	2.6691	Proteina C reactivă*1)	9,94
38.	2.6731	IgA, seric	13,76
39.	2.6732	IgE seric	13,32
40.	2.6733	IgM seric	14,07
41.	2.6734	IgG seric	13,76
42.	2430011	Complement seric C3	10,10
43.	2430012	Complement seric C4	10,10
44.	2.6206	Depistare Helicobacter Pylori	20,12
45.	2.5560	Testare HIV la gravidă *1)	31,02
46.	2.4060	TSH	19,10
47.	2.4040	FT4	19,41
48.	2.6392	Ag HBs (screening)*2)	29,03
49.	2.6201	Anti-HAV IgM*2)	38,19
50.	2.6204	Anti HCV*2)	60,48
51.	2.4321	FSH	22,20
52.	2.4322	LH	22,20
53.	2.4323	Estradiol	22,20
54.	2.4300	Cortizol	25,97
55.	2.4332	Progesteron	23,59
56.	2.4331	Prolactină	23,59
57.	2.43135	PSA -	21,50
58.	2.43136	free PSA	22,00
- Exudat faringian			
59.	2.5061	Cultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44

- Analize de urină			
60.	2.3450	Examen complet de urină (sumar + sediment)*1)	8,70
61.	2.5063	Urocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
62.	2.2200	Determinare glucoză urinară*1)	5,00
63.	2.2030	Determinare proteine urinare*1)	5,00
- Examene materii fecale			
64.	2.7120	Examen coproparazitologic (3 probe)*1)	11,61
65.	2.5064	Coprocultură*1) (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	21,17
- Examene din secreţii vaginale			
66.	2.5002	Examen microscopic	4,50
67.	2.9160	Examen Babeş-Papanicolau*1)	36,67
68.	2.5065	Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examene din secreţii uretrale, otice, nazale, conjunctivale şi puroi			
69.	2.5032	Examen microscopic / proba	4,50
70.	2.5066	Cultură, cultură germeni anaerobi (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive) / proba	15.44
- Examen lichid puncţie			
71.	2.5033	Examen microscopic/frotiu	4,50
72.		Cultură (inclusiv antibiograma pentru culturi pozitive)	15.44
- Examinări histopatologice			
73.	2.9000	Piesă prelucrată la parafină	28,57
74.	2.9021	Bloc inclus la parafină cu diagnostic histopatologic	37,58
75.	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă	16,96
76.	2.9010	Examen histopatologic cu coloraţii speciale	115,80
77.	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină	30,50
78.	2.9023	Citodiagnostic secreţie vaginală	30,50
79.	2.9024	Examen citohormonal	28,27
80.	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie	30,50
81.	2.9030	Teste imunohistochimice*)	88,52/set
- Examinări radiologice			
82.	Ex. radiologic cranian standard 1 incidenţă *1)		11,96
83.	Ex. radiologic cranian în proiecţie specială*1)		16,22
84.	Ex. radiologic părţi schelet în 2 planuri*1)		15,41
85.	Ex. radiologic bazin*1)		15,90
86.	Radiografie de membre*1)		14,76
87.	Ex. radiologic centură scapulară*1)		15.90
88.	Ex. radiologic alte articulaţii fără substanţă de contrast sau funcţionale cu TV*1)		14,59
89.	Ex. radiologic părţi coloană dorsală*1)		19,51
90.	Ex. radiologic părţi coloană lombară*1)		19,51

91.	Ex. radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală*1)	32,63
92.	Ex. radiologic coloana cervicală 1 incidenţă*1)	28,69
93.	Ex. radiologic torace ansamblu 1)	25,08
94.	Ex. radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri / Ex. radiologic torace şi organe toracice *1)	24,76
95.	Tomografia plană	52,15
96.	Ex. radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ *1)	15,41
97.	Ex. radiologic esofag ca serviciu independent	20,67
98.	Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast *1)	46,91
99.	Ex. radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanţa de contrast	71,50
100.	Ex. radiologic colon dublu contrast sau intestin subţire pe sonda duodenală	82,82
101.	Ex. radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare	44,76
102	Ex. radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast	188,99
103	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast	237,95
104	Pielografie	229,57
105	Ex.radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast	188,09
106	Ex. radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast	191,05
107	Ex. radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast	259,73
108	Radiografie retroalveolară	7,03
109	Radiografie panoramică	25,08
110	Osteodensitometrie segmentară/segment	24,00
111	Scintigrafia: osoasă, renală, hepatică, tiroidiană, a căilor biliare, cardiacă	295,13
112	CT craniu fără substanţă de contrast	87,72
113	CT regiune gât fără substanţă de contrast	87,24
114	CT regiune toracică fără substanţă de contrast	112,49
115	CT abdomen fără substanţă de contrast	113,33
116	CT pelvis fără substanţă de contrast	88,38
117	CT coloană vertebrală fără substanţă de contrast /segment	47,06
118	CT membre/ membru fără substanţă de contrast	41,01
119	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast	258,61
120	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast	258,29
121	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast	280,42
122	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,37
123	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos	265,65
124	CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos /segment	263,21
125	CT membre nativ şi cu substanţă de contrast adm. intravenos-/ membru	264,51

126	CT ureche internă	200,00
127	Uro CT	250,00
128	Angiografie CT membre	250,00
129	Angiografie CT craniu	250,00
130	Angiografie CT regiune cervicală	250,00
131	Angiografie CT abdomen	250,00
132	Angiografie CT pelvis	250,00
133	Angiocoronarografie CT	500,00
134	Colonoscopie virtuală CT	250,00
135	Bronhoscopie virtuală CT	200,00
136	RMN cranio-cerebral nativ	300,93
137	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică etc.) nativ	300,93
138	RMN abdominal nativ	300,93
139	RMN pelvin nativ	300,93
140	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)	300,93
141.	RMN umăr nativ	300,93
142	RMN sâni nativ	300,93
143	RMN umăr nativ şi cu subst. de contrast	471,46
144	RMN sâni nativ şi cu subst. de contrast	471,46
145	RMN cranio-cerebral nativ şi cu subst. de contrast	471,46
146	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală etc.) nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
147	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
148	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast	471,46
149	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu subst. contrast	471,46
150	RMN cord cu substanţă de contrast	471,46
151	Uro RMN cu substanţă de contrast	625,00
152	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice	201,95
153	Angiografia RMN artere renale sau aorta	201,95
154	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis etc.)	400,00
155	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast	262,05
156	Ecografie generală (abdomen + pelvis)*1)	25,00
157	Ecografie abdomen*1)	17,38
158.	Ecografie pelvis*1)	16,76
159	Ecografie transvaginală	16, 76
160	Ecografie de vase (vene)	16,39
161	Ecografie de vase (artere)	19,69
162	Ecografie endocrină	16,39
163	Ecografie fetală	22,57
164	Ecografie transfontanelară	22,57
165	Ecografie de organ / articulaţie / părţi moi	16,39
166	Ecografie morfologică fetală (pentru gravide 20 – 23 săptămâni)	250,00
167	Ecografie pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni)	60,13
168	Senologie imagistică - ecografie	16,39

169	Ecocardiografie	27,38
170	Ecocardiografie + Doppler	34,44
171	Ecocardiografie + Doppler color	36,25
172	Ecocardiografie transesofagiană	60,13
173	EKG*1)	7,12
174	Electrocardiografie continuă (24 de ore, Holter)	46,83
175	Holter TA	23,20
176	Mamografie în 2 planuri*1)/ pentru un sân	27,56
177	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast	188,85
178	Spirometrie*1)	14,30
179	Spirograma + test farmacodinamic bronhomotor	15,00
180	Peak-flowmetrie	2,63
181	Oscilometrie*1)	5,42
182.	EEG standard	15,00
183	Electromiografie	17, 39
184	Endoscopie gastro-duodenală*1)	23,77
185	Ergometrie	24,12
186	Monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice	180,00

*) Un set cuprinde 4 - 10 teste, la recomandarea medicului oncolog

**) În condiţiile în care se consemnează distinct de către medicul care a făcut recomandarea pentru hemoleucogramă.

NOTA 1:

*1) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie.

*2) Investigaţii paraclinice ce pot fi recomandate şi de medicii de familie pentru contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate.

*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie.

*4) Se decontează numai în cazul în care VDRL sau RPR este pozitiv, fără recomandarea medicului de familie sau specialist, pe răspunderea medicului de laborator.

*5) Se recomandă numai de medicul de specialitate diabet, nutriţie şi boli metabolice şi se decontează de cel mult două ori pe an pentru un asigurat (bolnavi cu risc de diabet zaharat)

NOTA 2: Filmele radiologice şi substanţele folosite sunt incluse în tarife.

NOTA 3: Indicaţia de utilizare a substanţei de contrast aparţine medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală care va confirma utilizarea substanţei de contrast prin aplicarea parafei şi semnăturii pe fişa de solicitare.

Investigaţiile cu substanţă de contrast sunt decontate de casele de asigurări de sănătate şi în cazul în care utilizarea substanţei de contrast a fost specificată în fişa de solicitare şi avizată de medicul de radiologie-imagistică.

Pentru cazul în care se efectuează o investigaţie fără substanţă de contrast, urmată din necesitate de o investigaţie cu substanţă de contrast, se decontează numai tariful investigaţiei cu substanţă de contrast.

NOTA 4:

Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice sau pentru care se încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale spitaliceşti pentru serviciile medicale

efectuate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalelor sau în cabinetele medicale de specialitate care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

a) Serviciile prevăzute la poziţiile: 160 – 161 şi 169 – 171 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: cardiologie, medicină internă, neurologie, pediatrie, geriatrie şi gerontologie cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare corespunzătoare specialităţii;

b) Serviciile prevăzute la poziţia 162 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă cu competenţe/ supraspecializări/ atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

d) Serviciile prevăzute la poziţia 163 se decontează numai pentru medicii din specialitatea genetică medicală cu competenţe/supraspecializări/atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

e) Serviciile prevăzute la poziţia 164 se decontează numai pentru medicii din specialitatea pediatrie;

f) Serviciile prevăzute la poziţia 158 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice, precum şi de medici cu specialitatea urologie;

g) Serviciile prevăzute la poziţia 168 se decontează numai pentru medicii din specialităţile: obstetrică-ginecologie, endocrinologie şi oncologie;

h) Serviciile prevăzute la poziţia 165 (ecografie de organ / de părţi moi / de articulaţie) se decontează numai pentru medicii din specialităţile: diabet, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, urologie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie, obstetrică-ginecologie, boli infecţioase, ortopedie şi recuperare, medicină fizică şi balneologie şi reumatologie cu competenţe/ supraspecializări / atestate de studii complementare de ecografie corespunzător specialităţii;

i) serviciile prevăzute la poziţiile 166 şi 167 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicină materno-fetală.

j) Serviciile prevăzute la poziţia 159 se decontează numai pentru medicii din specialitatea obstetrică-ginecologie şi numai pentru afecţiuni ginecologice;

NOTA 5:

1. Pentru serviciile prevăzute la poziţiile: 83, 84, 86, 88, 89, 90, 108, 117, 118, 124, 125, 137, 140, 146, 149, 176, tariful se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, indiferent de numărul de incidenţe recomandate şi efectuate; în cazul explorării mai multor segmente/membre , se decontează tariful pentru fiecare dintre acestea;

2. Pentru serviciul prevăzut la poziţia 110, tariful se referă la explorarea unui singur segment; casele de asigurări de sănătate vor deconta maximum 3 segmente/CNP/o dată pe an.

3. În cazul investigaţiilor CT şi RMN prevăzute în tabelul de la Cap. II, efectuate pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani care necesită efectuarea anesteziei generale şi implicit prezenţa unui medic cu specialitatea ATI, tarifele aferente acestora (prevăzute în tabelul de la Cap. II se vor majora cu 10%. Pentru investigaţiile CT şi RMN prevăzute la poziţiile: 124, 117, 118, 125, 137, 140, 149, 146 la care tariful aferent prevăzut în tabelul de la pct. 1 se referă la explorarea unui singur segment anatomic/membru, în cazul examinării simultane a două sau mai multe segmente anatomice/membre, casele de asigurări de sănătate vor deconta majorarea de 10% aplicată numai la tariful pentru un singur segment, indiferent de câte segmente anatomice se examinează simultan.

NOTA 6:

Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se decontează numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

Investigaţiile menţionate mai sus se efectuează pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice. In acest caz biletul de trimitere cuprinde şi datele din fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin; biletele de trimitere se întocmeste în 3 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a făcut recomandarea, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract. La biletul de trimitere se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

Pentru efectuarea investigaţiilor CT şi RMN prevăzute la pct. 3 de la Nota 5 copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 - 8 ani, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor face dovada, la contractare, a spaţiului şi dotărilor necesare pentru perioada de pre şi post anestezie, precum şi dovada relaţiei de muncă cu un medic de specialitate ATI. Aceste investigaţii sunt decontate de casele de asigurări de sănătate numai dacă fişa de solicitare este însoţită de o copie a fişei de preanestezie pe care va fi aplicată parafa şi semnătura medicului cu specialitatea ATI şi care va avea acelaşi circuit ca şi fişa de solicitare.

NOTA 7:

Medicii de familie, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, pot efectua serviciile medicale paraclinice prevăzute la poz. 156 - ecografie generală (abdomen + pelvis).

NOTA 8

: Pentru poziţiile 69 şi 70 codurile aferente se completează cu cifrele:

1 – pentru examene din secreţii uretrale
2 - pentru examene din secreţii otice
3 - pentru examene din secreţii nazale
4 - pentru examene din secreţii conjunctivale
5 - pentru examene din secreţii – puroi
6 – asociere de 2 localizari sau multiple dar nu mai mult de 3 / pacient / trimitere

Nota 9: Serviciul medical de la poziţia 67este examen citologic.

Nota 10: Serviciile medicale de la poziţiile 173, 174, 175, 178 - 183, 185 şi 186 sunt explorări funcţionale.

CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive şi al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară

1. Pachetul de servicii medicale de bază de medicină dentară preventive şi al tratamentelor de medicină dentară

COD	ACTE TERAPEUTICE	Tarife - lei -	Suma decontată de CAS		
			Copii între 0 - 18 ani	Peste 18 ani	Beneficiarii legilor speciale
1.	Consultaţie				

1.1	Consultaţie primară, stabilirea diagnosticului şi elaborarea planului de tratament*	11,57	100%		100%
1.2	Consultaţie secundară, diagnostic şi plan de tratament complex	14,49	100%		100%
1.3	Model de studiu	11,57	100%		100%
	* Se efectuează o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat				
2.	Terapia cariei simple				
2.1	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă prin obturaţie cu amalgam	14,49	100%		100%
2.2	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	17,41	100%		100%
2.3	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu amalgam	20,34	100%		100%
2.4	Tratamentul cariilor pe 1 suprafaţă prin obturaţie cu material compozit	21,20	100%		100%
2.5	Tratamentul cariilor pe 2 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	23,26	100%		100%
2.6	Tratamentul cariilor pe 3 suprafeţe prin obturaţii cu material compozit	24,12	100%		100%
2.7	Aplicarea sistemelor de retenţie extemporanee	5,84	100%		100%
2.8	Aplicarea sistemelor de retenţie prefabricate (per stift)	11,57	100%		100%
2.9	Tratamentul hiperesteziei dentinare/ dinte	4,76	100%		100%
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare				
3.1	Pansament calmant	5,84	100%	100%	100%
3.2	Coafaj indirect	8,65	100%		100%
3.3	Coafaj direct	20,34	100%		100%
3.4	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la monoradiculari (include anestezia)	26,06	100%		100%
3.5	Pulpectomie vitală cu obturaţie canal la pluriradiculari (include anestezia)	28,99	100%		100%
3.6	Amputaţie vitală	20,34	100%		100%
3.7	Pulpectomie devitală cu obturaţie canal la pluriradiculari	26,06	100%		100%

3.8	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%			100%
3.9	Tratamentul gangrenei pulpare cu obturaţie canal la pluriradiculari	34,83	100%			100%
3.10	Dezobturarea canalelor radiculare - per canal	9,52	100%			100%
3.11	Îndepărtarea corpilor străini din canale	14,49	100%			100%
4.	Tratamentul paradontitelor apicale					
4.1	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic	9,52	100%	100%		100%
4.2	Tratamentul paradontitei apicale acute prin drenaj endodontic + incizie mucoperiostală + osteotomie transmaxilară	21,20	100%	100%		100%
4.3	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la monoradiculari	28,99	100%			100%
4.4	Tratamentul paradontitei apicale cronice + obturaţie canal la pluriradiculari	36,67	100%			100%
4.5	Obturaţie la dinţii devitali cu amalgam	28,99	100%			100%
4.6	Obturaţie la dinţii devitali cu compozite	28,99	100%			100%
5.	Tratamentul afecţiunilor parodontiului marginal					
5.1	Tratamentul abcesului parodontal	8,65	100%	100%		100%
5.2	Echilibrarea ocluzală prin şlefuire selectivă/şedinţă	11,57	100%			100%
5.3	Contenţie provizorie prin ligaturi de sârmă	8,65	100%			100%
5.4	Chiuretaj în câmp închis/dinte	14,49	100%			100%
5.5	Tratamentul aftei bucale/şedinţă	5,84	100%			100%
5.6	Tratamentul gingivo-stomatitelor/ şedinţă	8,65	100%	100%		100%
5.7	Detartraj manual supra şi subgingival pe dinte	5,84	100%			100%
5.8	Detartraj mecanic supra şi subgingival pe dinte	7,68	100%			100%

6.	Tratamente chirurgicale buco-dentare				
6.1	Anestezie locală de contact	2,92	100%		100%
6.2	Anestezie cu infiltraţie	8,65	100%		100%
6.3	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi monoradiculari (include anestezia)	21,20	100%	60%	100%
6.4	Extracţie de dinţi sau resturi de dinţi pluriradiculari (include anestezia)	24,13	100%	60%	100%
6.5	Extracţie alveoloplastică (include anestezia)	31,91	100%	60%	100%
6.6	Extracţie cu alveolotomie (include anestezia)	35,70	100%	60%	100%
6.7	Extracţie dinţi temporari (include anestezia)	14,49	100%		100%
6.8	Extracţie la hemofilici, diabetici sau handicapaţi (include anestezia)	37,75	100%	60%	100%
6.9	Chiuretaj alveolar*	4,76	100%		100%
6.10	Extracţie dinţi paradontotici (include anestezia)	17,41		60%	100%
6.11	Tratamentul hemoragiei/alveolitei postextracţionale	9,52	100%	100%	100%
6.12	Tratamentul pericoronaritelor cu decapuşonare	14,49	100%	100%	100%
6.13	Tratamentul de urgenţă al plăgilor buco-maxilo-faciale	26,06	100%	100%	100%
6.14	Imobilizarea de urgenţă a luxaţiilor dentare	26,06	100%	100%	100%
6.15	Imobilizarea de urgenţă a fracturilor maxilare	40,45	100%	100%	100%
6.16	Reducerea luxaţiilor temporomandibulare	14,49	100%	100%	100%
6.17	Control postoperator	7,68	100%	100%	100%
	* În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate				
7.	Tratamente protetice				
7.1	Proteză acrilică parţială cu 1 - 7 dinţi*	466,99		60%	100%

7.2	Proteză acrilică parţială cu peste 7 dinţi*	544,93		60%	100%
7.3	Proteză acrilică totală*	622,71		60%	100%
7.4	Reparaţie simplă proteză acrilică	23,26		100%	100%
7.5	Reparaţie + 1 croset (pentru fiecare croset suplimentar se adaugă 3,11 lei)	23,26		100%	100%
7.6	Reparaţie + 1 dinte (pentru fiecare dinte suplimentar se adaugă 4,14 lei)	23,26		100%	100%
7.7	Individualizarea protezelor acrilice/şedinţă	5,84		100%	100%
7.8	Reconstituire corono-radiculară	44,40	100%	60%	100%
7.9	Coroană acrilică	49,99	100%	60%	100%
7.10	Coroană metalică	62,41	100%	60%	100%
7.11	Element intermediar	62,41	100%	60%	100%
	* Termenul de înlocuire a unei proteze monomaxilare este de 5 ani.				
8.	Tratamente ortodontice				
8.1	Decondiţionarea obiceiurilor vicioase (sugere a degetului, deglutiţie infantilă, respiraţie orală) prin plăcuţă, vestibolo-orală şi scut lingual	173,59	100%		100%
8.2*	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul antrenajului invers prin inel/ gutiere + bărbiţă şi capelină	259,68	100%		100%
8.3	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă	9,52	100%		100%
8.4*	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale	289,43	100%		100%
8.5	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte	8,65	100%		100%
8.6*	Reparaţie aparat ortodontic	23,26	100%	100%	100%
8.7	Menţinătoare de spaţiu mobile	231,56	100%		100%
8.8*	Activare aparat ortodontic/şedinţă	3,89	100%		100%
	Pentru pct. 8 "Tratamente ortodontice", actele terapeutice notate (*) ţin numai de competenţa medicilor de specialitate în ortodonţie.				

9.	Activităţi profilactice				
9.1	Consultaţie în cadrul dispensarizării (include şi:	13,52	100%*		100%
	- educaţie pentru sănătate bucodentară				
	- determinarea indicelui de placă bacteriană				
	- determinarea indicilor de inflamaţie parodontală				
	- educaţia pentru individualizarea tehnicilor de îndepărtare a plăcii bacteriene/şedinţă)				
9.2	Periaj dentar profesional/şedinţă	14,49	100%		100%
9.3	Clătiri bucale cu soluţii fluorurate/şedinţă	11,25	100%		100%
9.4	Fluorizări locale cu soluţii/arcadă*	9,52	100%		100%
9.5	Fluorizări locale cu lacuri/arcadă**	13,52	100%		100%
9.6	Fluorizări locale cu geluri în conformatoare/arcadă**	25,96	100%		100%
9.7	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu glassionomeri/dinte***	14,49	100%		100%
9.8	Sigilări ale şanţurilor şi fosetelor cu materiale compozite/dinte	23,26	100%		100%
9.9	Educaţie pentru decondiţionarea obiceiurilor vicioase/şedinţă	8,65	100%		100%
9.10	Exerciţii de reeducare funcţională/ şedinţă	9,52	100%		100%
9.11	Exerciţii de miogimnastică/şedinţă	9,52	100%		100%
9.12	Tratament antiinflamator gingival fizioterapic	8,65	100%		100%
9.13	Control oncologic preventiv confirmat	28,99	100%	100%	100%

Pentru pct. 9 "Activităţi profilactice":

* o procedură decontată la 3 luni

** o procedură decontată la 6 luni

*** o procedură decontată la 2 ani

Pentru copiii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, serviciile medicale preventive de medicină dentară se acordă trimestrial, iar pentru tinerii în vârstă de 18 - 26 de ani, dacă sunt elevi, studenţi şi dacă nu realizează venituri din muncă, se acordă de două ori pe an.

NOTA 1: Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentişti, cu excepţia celor de la pct. 8 "Tratamente ortodontice" menţionate în notă.

NOTA 2: Codurile pentru serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară sunt următoarele:

3.1, 4.1, 4.2, 5.1, 5.6, 6.11, 6.12, 6.13, 6.14, 6.15, 6.16, 7.4, 7.5, 7.6, 8.6

NOTA 3: Competenţa pentru dentişti este pentru codurile:

1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 3.1, 3.2, 4.5, 4.6, 5.7, 5.8, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.7, 9.8, 9.9, 9.10, 9.11

NOTA 4: Formula dentară:

Dinţi permanenţi

11 incisiv medial dreapta sus
12 incisiv lateral dreapta sus
13 canin dreapta sus
14 primul premolar dreapta sus
15 al doilea premolar dreapta sus
16 primul molar dreapta sus
17 al doilea molar dreapta sus
18 al treilea molar dreapta sus
21 incisiv medial stânga sus
22 incisiv lateral stânga sus
23 canin stânga sus
24 primul premolar stânga sus
25 al doilea premolar stânga sus
26 primul molar stânga sus
27 al doilea molar stânga sus
28 al treilea molar stânga sus
31 incisiv medial stânga jos
32 incisiv lateral stânga jos
33 canin stânga jos
34 primul premolar stânga jos
35 al doilea premolar stânga jos
36 primul molar stânga jos
37 al doilea molar stânga jos
38 al treilea molar stânga jos
41 incisiv medial dreapta jos
42 incisiv lateral dreapta jos
43 canin dreapta jos
44 primul premolar dreapta jos
45 al doilea premolar dreapta jos
46 primul molar dreapta jos
47 al doilea molar dreapta jos
48 al treilea molar dreapta jos

Dinţi temporari

51 - incisiv medial dreapta sus
52 - incisiv lateral dreapta sus
53 - canin dreapta sus
54 - molar dreapta sus
55 - molar dreapta sus
61 - incisiv medial stânga sus
62 - incisiv lateral stânga sus
63 - canin stânga sus
64 - molar stânga sus

65 - molar stânga sus
71 - incisiv medial stânga jos
72 - incisiv lateral stânga jos
73 - canin stânga jos
74 - molar stânga jos
75 - molar stânga jos
81 - incisiv medial dreapta jos
82 - incisiv lateral dreapta jos
83 - canin dreapta jos
84 - molar dreapta jos
85 - molar dreapta jos

NOTA 5: În cazul dinţilor supranumerari se indică codul dintelui cu specificaţia "supranumerar".

Dată fiind incidenţa dinţilor supranumerari se admit la raportare maximum doi dinţi supranumerari/CNP.

NOTA 6: Medicii de medicină dentară pot efectua radiografii dentare (retroalveolară şi panoramică) cuprinse la cap. II ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru asiguraţii pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de medicină dentară, dacă au autorizaţiile necesare efectuării acestor servicii şi dotările necesare; decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice în limita sumelor rezultate conform criteriilor din anexa nr. 11 la ordin.

Pentru aceste servicii, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară încheie cu casele de asigurări de sănătate acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară.

2. Pachetul minimal de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară. Se acordă servicii medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1.

3. Pachetul de servicii medicale de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, conform legii:

a) se acordă serviciile medicale de urgenţă de medicină dentară prevăzute la NOTA 2 de la pct. 1;

b) pentru persoanele cu vârste cuprinse între 0 şi 18 ani dintre categoriile de persoane din cadrul categoriilor prevăzute la art. 214 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare se acordă serviciile medicale de medicină dentară de la pct. 1.

CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare, medicină fizică şi balneologie

Pachetul de servicii medicale de bază

1. Consultaţia medicală de specialitate

Consultaţia medicală de specialitate, se acordă în cabinetele medicale şi cuprinde:

- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- bilanţul articular anatomic şi funcţional, bilanţul muscular, întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile şi nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico/chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline şi peşteri, avizate de Ministerul Sănătăţii conform legislaţiei în vigoare.

Casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea a maximum două consultaţii; fiecare cură de tratament recomandată trebuie să fie precedată de o consultaţie, într-un interval de la consultaţie, la momentul începerii curei, ce nu poate depăşi 30 de zile calendaristice. Casele de asigurări de sănătate pot deconta o a doua consultaţie la finalul fiecărei cure, la un interval ce nu poate să depăşească 10 zile calendaristice. Pentru situaţiile în care unui asigurat nu i se recomandă cură de tratament, casa de asigurări de sănătate decontează 2 consultaţii.

Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G 31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate in HG 720/2008, pentru care tratamentul se poate prescrie şi monitoriza de către medicul în specialitatea recuperare medicină fizică şi balneofizioterapie din unităţile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătăţii, casele de asigurări de sănătate decontează o consultaţie şi prescripţie medicală aferentă trimestrial, respectiv lunar, cu condiţia ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic specialist pentru aceeaşi perioadă.

Tariful pe consultaţie în specialitatea recuperare, medicină fizică şi balneologie este de 14 lei. Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%.

2. Servicii medicale-cură de tratament acordate în cabinetele/bazele de tratament

Recomandarea pentru servicii de recuperare, medicină fizică şi balneologie se poate face de către medicii de specialitate şi de către medicii de familie, în limita competenţelor iar serviciile se acordă conform schemei de tratament, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de către medicul de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale. O cură reprezintă în medie 10 zile de tratament, în medie 4 proceduri/zi.

Tariful pe serviciu medical-caz pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în bazele de tratament de care beneficiază un asigurat pentru o cură de tratament este de 140 lei.

Serviciile medicale prevăzute mai sus nu se decontează de casele de asigurări de sănătate atunci când acestea se acordă pentru situaţii care privesc corecţii de natură estetica şi de întreţinere, cum ar fi: vergeturi, sindrom tropostatic, gimnastică de întreţinere (fitness, body-building), etc..

PROCEDURI INCLUSE, DUPĂ CAZ, ÎN CURA DE TRATAMENT

1 Kinetoterapie de grup pe afecţiuni
2 Galvanizare
3 Ionizare
4 Curenţi diadinamici
5 Trabert
6. TENS
7 Curenţi interferenţiali
8 Unde scurte

9 Microunde
10. Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11. Ultrasunet
12 Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13. Magnetoterapie
14. Laser-terapie
15. Solux
16 Ultraviolete
17 Curenţi cu impulsuri rectangulare
18. Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19. Contracţia izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcţională
21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23 Duş subacval
24. Aplicaţii cu parafină
25. Băi sau pensulaţii cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limfmasaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizaţie cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parţială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracţiuni vertebrale şi articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulaţii periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială covor rulant, bicicletă ergometrică, elcometre, bac vâslit
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodică, alcalină)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon şi bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parţială cu nămol
47. Aplicatie de unde de şoc extracorporeale
48. Aplicatia de oscilaţii profunde
49. Speleoterapia/salinoterapia

NOTĂ: Serviciile medicale de la pct. 1 – 38, 47 - 49 pot fi efectuate numai de cabinetele medicale care dispun şi de bază de tratament. Serviciile medicale de la pct 39- 46 pot fi efectuate numai în bazele de tratament din staţiunile balneoclimaterice.

Serviciile medicale se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul curant de recuperare.

Pentru cura balneară de recuperare şi cura balneară terapeutică în bazele de tratament din staţiunile balneoclimaterice se decontează în medie 4 proceduri/zi (din care 2 proceduri cu factori naturali terapeutici)

ANEXA 8

MODALITĂŢILE DE PLATĂ
în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice şi de medicină dentară

ART. 1 Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice, de medicină dentară se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialităţile clinice contravaloarea serviciilor medicale prevăzute în Anexa 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea şi interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajate persoane autorizate de Ministerul Sănătăţii, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcţii al Ministerului Sănătăţii, care prestează activităţi conexe actului medical sau care sunt în relaţie contractuală cu furnizori de servicii conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat serviciile respective servicii efectuate de aceştia şi cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului şi a conduitei terapeutice.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultaţiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, fitoterapie , homeopatie, planificare familială nu poate depăşi numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialităţi clinice şi pentru medicii care lucrează exclusiv în fitoterapie, ~~şi~~ homeopatie şi planificare familială unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultaţii în medie pe zi (timp mediu/consultaţie = 20 de minute).

c) pentru specialităţile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăşi, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi.

d) pentru specialităţile clinice, în vederea asigurării calităţii serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultaţii; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultaţii; pentru specialitatea neurologie se pot acorda şi raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condiţiile în care numărul de consultaţii efectuate şi raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultaţii;

În situaţia în care programul de lucru al unui medic este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultaţii, servicii medicale creşte sau scade corespunzător.

În situaţia în care adresabilitatea asiguraţilor la cabinetul medical depăşeşte nivelul prevederilor menţionate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile sau la cererea asiguratului, se pot acorda consultaţii şi servicii medicale contra cost.

(2) Serviciile conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceştia sunt în relaţie contractuală.

Punctajul aferent serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăşi 40 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui care le prestează, reprezentând consultaţii şi/sau servicii, după caz.

Pentru desfăşurarea activităţii, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi furnizori de servicii conexe.

Pentru desfăşurarea activităţii, furnizorul de servicii conexe poate avea relaţii contractuale cu unul sau mai mulţi medici din specialităţile clinice care pot solicita servicii conexe.

Pentru asigurarea calităţii în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical, din care să reiasă că îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001 şi după caz conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, acte doveditoare care să conţină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de libera practica eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate şi tipul de servicii conexe conform anexei nr. 7 la ordin.

ART. 4 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialităţile clinice se calculează prin înmulţirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referinţă a prestaţiei medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestaţia medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie şi homeopatie, planificare familială, precum şi furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe ţară şi este în valoare de 1,2 lei.

(4) Valoarea unui punct pe serviciu medical se regularizează trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, în funcţie de fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialităţile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi de numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe ţară pentru trimestrul respectiv. Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată a unui punct pe serviciu.

(5) Fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice se defalchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârşitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor băneşti cuvenite medicilor de specialitate din specialităţile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităţilor clinice, se corectează până la sfârşitul anului, astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus faţă de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior, se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului, stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea şi implicit valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situaţia în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează conform legii.

(4) Pentru asigurarea calităţii furnizării serviciilor medicale, pentru asiguraţii care prezintă unul sau mai multe diagnostice confirmate, prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, controalele periodice vor fi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile în care acestea vor fi efectuate, raportate şi validate conform reglementărilor legale în vigoare. Excepţie fac situaţiile în care asiguratul solicită în nume propriu şi în scris, efectuarea controalelor periodice la un alt furnizor.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de către :

- un furnizor de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, de investigaţii medicale paraclinice - explorări funcţionale),
- un furnizor de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice sau prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti),
- medicii de familie (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)
- un furnizor de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară) cu casa de asigurări de sănătate,

se au în vedere:

a) numărul de investigaţii paraclinice;

b) tarifele negociate;

Numărul de investigaţii paraclinice negociat între furnizorii de investigaţii medicale paraclinice, furnizorii de servicii medicale clinice (numai pentru ecografii şi monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice), medicii de familie (numai pentru ecografie generală - abdomen şi pelvis), furnizorii de servicii de medicină dentară (numai pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică) şi casele de asigurări de sănătate se stabileşte în limita numărului de investigaţii paraclinice necesar

pe total judeţ, determinat de comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de analize medicale de laborator, respectiv cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere criteriile prevăzute în anexa nr. 10, respectiv în anexa nr. 11 la ordin.

La stabilirea sumelor contractate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere diversitatea serviciilor medicale paraclinice propuse pentru contractare reflectată în tipul de aparate aflate în dotare.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) Numărul investigaţiilor paraclinice negociat este orientativ, existând obligaţia încadrării în valoarea lunară a contractului/actului adiţional. Pentru situaţiile justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, casele de asigurări de sănătate analizează aceste situaţii şi cu avizul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, la solicitarea acestora, vor încheia cu furnizorii de servicii medicale paraclinice un act adiţional de suplimentare a valorii contractate, utilizând diferenţa de 10% din suma prevăzută pentru serviciile medicale paraclinice care nu a fost contractată, în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

(3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la începutul anului până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea şi în raport cu valoarea de contract aferentă lunii în care se face regularizarea.

Sumele rezultate din economii de la investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator, de la investigaţiile medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală într-o lună şi de la investigaţiile medicale paraclinice - explorări funcţionale într-o lună - se redistribuie furnizorilor care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract.

(4) Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor efectua direct toate tipurile de investigaţii paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate şi nu vor încheia subcontracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea unor anumite tipuri de investigaţii paraclinice.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în norme, precum şi reevaluarea punctajului furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai

multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat.

(6) În situaţii justificate furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, precum şi servicii medicale paraclinice - explorări funcţionale - pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 5%, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv.

(7) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 10 şi 11 la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de investigaţii paraclinice şi conduce la rezilierea contractului.

(8) În situaţia în care, în structura unui furnizor de servicii medicale paraclinice, există laborator/punct de lucru organizat ca urmare a procedurii de externalizare, casa de asigurări de sănătate încheie pentru acestea un act adiţional la contractul de furnizare de servicii paraclinice încheiat cu furnizorul respectiv. Actul adiţional se adaptează după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice.

ART. 7 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 7 la ordin. Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate sunt cele rezultate din reducerea tarifelor maximale cu procentul de diminuare cel mai mare ofertat de către furnizori şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Prezentarea, susţinerea şi negocierea ofertelor privind procentul de diminuare a tarifelor pentru investigaţii paraclinice se face în şedinţă deschisă, în prezenţa reprezentanţilor casei de asigurări de sănătate şi a tuturor reprezentanţilor legali ai furnizorilor care doresc să încheie contract de furnizare de servicii medicale paraclinice.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, respectiv furnizorilor de servicii medicale clinice de cardiologie şi de medicină internă serviciul "monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice" cuprinse în anexa nr. 7 la ordin, în condiţiile prevăzute la Nota 1 şi Nota 3 de la finalul lit. C a capitolului I din anexa nr. 7 la ordin, la tarife negociate care nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate prevăzute în aceeaşi anexă.

Pentru ecografiile, respectiv monitorizările şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei toracice, pentru care medicii cu specialităţi medicale clinice, respectiv medicii de specialitate cardiologie şi medicină internă încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice şi care sunt efectuate ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate, respectiv de către alţi medici de specialitate cardiologie şi medicină internă, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

ART. 8 (1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin excepţie biletele de trimitere

pentru efectuarea de investigaţii paraclinice specifice pentru afecţiunile cuprinse în unele programe naţionale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriţie precum şi cele pentru afecţiunile oncologice, au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice, în condiţiile în care pentru afecţiunea respectivă şi medicaţia a fost prescrisă pentru acelaşi interval de timp. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice specifice este de pina la 60 zile.

Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului. La momentul prezentării asiguratului în vederea efectuării investigaţiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurari de sanatate :data prezentării, data programarii, precum si de a semna şi ştampila acest exemplar indiferent dacă investigaţiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentării. În situaţia în care, din motive obiective, investigaţiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a-l programa iar daca asiguratul refuza programarea va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigaţii medicale paraclinice. In primele 10 zile calendaristice de la emiterea biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice asiguratul are obligatia de a se programa si de a accepta programarea la unul dintre furnizori, în caz contrar biletul de trimitere isi pierde valabilitatea.

Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează un exemplar al biletului şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(2) Daca in perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice un asigurat se interneaza in spital fara ca investigatiile recomandate sa fie efectuate in ambulatoriu anterior internarii, biletul de trimitere isi pierde valabilitatea, cu excepţia biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea. Investigatiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat in ambulatoriu pe perioada in care acesta a fost internat precum si in perioada de la data externarii pana la data expirarii termenului de valabilitate a biletului de trimitere , nu se deconteaza de casa de asigurari de sanatate sau daca acestea au fost decontate se recupereaza de la furnizorul de investigatii medicale paraclinice, cu excepţia investigaţiilor medicale paraclinice de înaltă performanţă dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesităţii efectuării acestor investigaţii de către medicul care a făcut trimiterea.

(3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice.

(5) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, în acest sens stabilindu-şi evidenţe proprii.

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

(6) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, investigaţiile medicale paraclinice se acordă pe baza biletului de trimitere.

ART. 9 Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice care cuprinde şi datele din fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin şi se întocmeşte în 3 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea, unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, iar celălalt exemplar se transmite lunar de către acesta la casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract cu ocazia raportării lunare a activităţii. Biletul de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară.

ART. 10 Lista serviciilor medicale de medicină dentară preventive şi a tratamentelor de medicină dentară, tarifele pentru fiecare serviciu medical de medicină dentară, serviciile medicale de medicină dentară pentru care se încasează contribuţie personală din partea asiguratului şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 11 (1) La stabilirea valorii de contract pentru furnizorii de servicii medicale de medicină dentară se au în vedere:

a) suma alocată fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii de medicină dentară;

b) numărul de medici de medicină dentară şi dentişti care intră în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate;

c) gradul profesional. Pentru medicul primar, suma stabilită ca raport între lit. a) şi lit. b) se majorează cu 20%, iar pentru medicul care nu a obţinut un grad profesional această sumă se diminuează cu 20%;

d) suma stabilită conform lit. c), se ajustează în funcţie de programul de activitate, având în vedere volumul serviciilor de medicină dentară contractate;

e) pentru medicii din mediul rural suma stabilită conform lit. c), respectiv lit. d), după caz, se majorează cu 50%.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Suma orientativă/ medic specialist/ lună la nivel naţional este de 1.050 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.

(3) Lunar casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară serviciile medicale de medicină dentară furnizate în limita valorii trimestriale de contract.

În situaţii justificate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară pot efectua servicii medicale peste valoarea trimestrială de contract în limita a maxim 5%, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract a trimestrului următor, cu încadrarea în valoarea contractată pentru anul respectiv.

(4) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină dentară se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială

prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de medicină dentară care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină dentară acordate de la data semnării actului adiţional.

(5) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de medicină dentară pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină dentară, dacă este cazul.

(6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale dentare se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale dentare acordate asiguraţilor de la data semnării acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de contractare.

ART. 12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse şi cheltuielile aferente activităţilor de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.

ART. 13 Casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat şi pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.

ART. 14 (1) Unităţile ambulatorii de recuperare, medicină fizică şi balneologie din structura unor unităţi sanitare sau unităţile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea medici angajaţi într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranţă naţională şi autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale-consultaţii/cazuri pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 7 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie de 14 lei şi numărul de servicii medicale-cazuri, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultatiei se majorează cu 20%. La stabilirea numarului de cazuri se are in vedere o durata medie de 10 zile de tratament pe caz si un numar mediu de 4 proceduri pe zi.

Suma contractată se stabileşte conform Anexei nr. 8 F şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, conform prevederilor din Anexa nr. 8 F la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate, faţă de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate.

Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie care în trimestrul respectiv şi-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate de la data semnării actului adiţional.

Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie a sănătăţii pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de recuperare-reabilitare a sănătăţii, dacă este cazul.

(3) În vederea contractării numărului de servicii medicale-consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale-consultaţii de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de servicii medicale-consultaţii rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie medicală este necesară o durată de 15 minute în medie. Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultaţii, poate scade sau creşte corespunzător;

b) serviciile medicale-cazuri care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un numar mediu de 10 zile de tratament şi o medie de 4 proceduri/zi, dar nu mai mult de 2 cure pe an, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale

(4) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie la nivelul tarifelor diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(5) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale-consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate asiguraţilor de la data semnării acestora.

(6) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii.

(7) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale-consultaţii şi numărul de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(8) Biletele de trimitere pentru tratament în staţiunile balneoclimaterice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilit de medicul de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie.

(9) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de numărul de servicii medicale-consultaţii şi numărul de cazuri finalizate de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele din anexa nr. 7 la ordin, după caz, diminuate conform alin. (4), în limita sumelor contractate. Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

(10) În situaţia în care o cură de tratament se întrerupe, furnizorul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament întreruptă se consideră o cură finalizată.

ART. 15 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultaţii de acupunctură, respectiv tariful pe consultaţie de 13 lei şi numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultaţii de acupunctură şi a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultaţii de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de consultaţii de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultaţie pentru o cură de tratament. Asiguraţii, au dreptul la maximum 2 cure pe an, după care asiguratul plăteşte integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează şi raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale;

(3) Contravaloarea servicii de acupunctură-consultaţii şi cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale-caz finalizate şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură respectiv pe consultaţie, în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat).

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale-consultaţii de acupunctură şi cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, de medicină dentară, de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi depune la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

ART. 16 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, paraclinice, de medicină dentară care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la ordin, precum şi a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fără recomandare medicală sau fără a îndeplini condiţiile care îi permit adresare directă) sau în situaţia în care asiguratul nu acceptă programare pe listele de prioritate se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se eliberează chitanţă fiscală, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate si decontate de casele de asigurări de sănătate.

ART. 17 (1) În cabinetele medicale/laboratoarele din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, pot fi angajaţi numai medici şi/sau dentişti, precum şi alte categorii de personal în conformitate cu dispoziţiile legale în vigoare, cu excepţia persoanelor care îşi desfăşoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001. Medicii sau dentiştii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie şi de medicină dentară pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, folosind formularul de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, cu ştampila cabinetului şi parafa medicului angajat. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialităţile clinice inclusiv recuperare, medicină fizică şi balneologie, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum şi servicii conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 18 Pentru unităţile sanitare care nu sunt organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, contractele/actele adiţionale de furnizare de servicii medicale se încheie de către reprezentantul legal al unităţii sanitare în structura căreia se află aceste unităţi şi casa de asigurări de sănătate.

ART. 19 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale clinice inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletului de trimitere pentru alte specialităţi, care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în trei exemplare. Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi două exemplare sunt înmânate asiguratului, care le depune la furnizorul de servicii medicale clinice inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie. Furnizorul de

servicii medicale clinice, inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie păstrează un exemplar şi depune la casa de asigurări de sănătate celălalt exemplar cu ocazia raportării lunare a activităţii.

(2) Furnizorii de servicii medicale clinice, inclusiv de recuperare, medicină fizică şi balneologie au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(3) În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, inclusiv a celor de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate numai în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

ART. 20 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 8 A
- model -

Furnizor de servicii medicale .....
Medic .....
Specialitatea .....
Contract încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Nr. contract .....

FIŞA DE MONITORIZARE

în cazul bolnavilor cronici în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice

Nume: ..... Prenume: .....
Data naşterii: .....

Cod numeric personal: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sex: M/F
Adresa: .....
Diagnostic: .....
Data luării în evidenţă: .....
Comorbidităţi: .....
Factori de risc: .....
Examinări clinice

Data programării	Data realizării

Investigaţii paraclinice

Tip investigaţie	Data programării	Data realizării

Recomandări:
- Tratament igieno-dietetic
.....
.....
- Tratament medicamentos
.....
.....
- Alte recomandări
.....
.....

Data completării ..... Semnătura, parafa şi ştampila .....

ANEXA 8 B
- model -

Furnizor de servicii medicale paraclinice .....
Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a), ... legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale paraclinice şi cu:

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului

_
|_| Casa de Asigurări de Sănătate .....

Data .....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

ANEXA 8 C
- model -

Furnizor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie.. Sediul social/Adresa fiscală .....

DECLARAŢIE

Subsemnatul (a), ... legitimat (ă) cu B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că am/nu am contract de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu:

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti

_
|_| Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului

Data .....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

ANEXA 8 D
- model -

Furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală
.....
Punct de lucru*1) .....

PERSONAL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Valoare
E - Nr. contract
F - Tip contract
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru CMR/CMDR	Asigurare de răspundere civilă	Contract **)				
			Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	D	E	F	Program de lucru	Cod parafă	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

Total medici =

OPERATORI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Tip de activitate**)
B - Data eliberării
C - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	Certificat membru asociaţie profesională		Contract**)		Program de lucru	Cod parafă (după caz)	A
			Serie şi nr.	B	C	Nr. contract	Tip contract			

**) absolvent colegiu imagistică medicală, asistent medical imagistică medicală, bioinginer, fizician

Total operatori =

ASISTENŢI MEDICALI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Valabilă până la
D - Nr. contract
E - Tip contract

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/CI	ALP/ Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă	Contract **)		Program de lucru	Specialitatea /Competenţa
			Serie şi nr.	A	B	Nr.	C	Valoare	D	E		

Total asistenţi medicali =

PERSONAL AUXILIAR - TEHNICIAN APARATURĂ MEDICALĂ

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională		Contract**		Program de lucru	Cod parafă (după caz)
				Serie şi nr.	Data eliberării	Data expirării	Nr. contract	Tip contract		

Total personal auxiliar - tehnician aparatură medicală =

---

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distincte pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila .....

Data întocmirii .....

ANEXA 8 E
model -

Furnizori de servicii medicale paraclinice - laborator de analize medicale:
.....
Punct de lucru*1) .....

FORMULAR PRIVIND PERSONALUL MEDICO-SANITAR

MEDICI

Total medici =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării
B - Data expirării
C - Nr. contract
D - Tip contract
E - Program de lucru
F - Cod parafă
G - Specialitatea/Competenţa
H - Specialitatea/Competenţa*
I - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	Certificat membru CMR/CMDR		Asigurare de răspundere civilă		Contract**						
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	C	D	E	F	G	H	I

*) se completează în situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii

ASISTENŢI MEDICALI DE LABORATOR

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională			Asigurare de răspundere civilă			Contract**)			
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru

Total asistenţi medicali de laborator =

CHIMIŞTI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Data eliberării

B - Data expirării

C - Grad profesional

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Contract**)				
				Serie şi nr.	Serie	NR.	A	B	Nr. contract	Tip contract	Program de lucru	Cod parafă (după caz)	C

Total chimişti =

BIOLOGI

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru

B - Cod parafă (după caz)

C - Grad profesional

D - Data eliberării

E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională					Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
				Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

Total biologi =

BIOCHIMIŞTI

Total biochimişti =

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - Program de lucru
B - Cod parafă (după caz)
C - Grad profesional
D - Data eliberării
E - Data expirării

Nr. crt.	Nume şi prenume	CNP	BI/ CI	ALP/Certificat membru asociaţie profesională				Asigurare de răspundere civilă		Contract**)		A	B	C
			Serie şi nr.	Serie	NR.	D	E	Nr.	Valabilă până la	Nr. contract	Tip contract			

*1) În situaţia în care furnizorul are mai multe puncte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, se întocmesc tabele distinct pentru personalul aferent.

**) Se va specifica forma legală în care se exercită profesia (contract de muncă, PFA etc.).

NOTĂ: Se va completa în mod corespunzător un formular şi pentru farmacist

Răspundem de corectitudinea şi exactitatea datelor

Reprezentant legal: .....

Nume şi prenume, semnătura, ştampila: .....

Data întocmirii: .....

ANEXA 8 F

CRITERII
privind selecţia furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu

Cap. I. Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie pentru a căror furnizare încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.
3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat al cabinetului şi al bazei de tratament este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie

Cap. II. La stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se au în vedere următoarele criterii:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

B.. Evaluarea salii de kinetoterapie
C. Evaluarea resurselor umane

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice
a) Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.
b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul cabinetului sunt aceleaşi cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.
c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte documentele pentru aparatul/ aparatele deţinute din care să reiasă numărul de canale şi numărul de bolnavi care pot face terapie simultan cu aparatul/aparatele respective ~~şi~~ pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.
d) Nu sunt luate in calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria si numarul şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.
e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.
Fac excepţie furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 şi într-un program de lucru distinct.
f) Pentru a putea fi luate în considerare aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

Se acorda punctaj pentru fiecare aparat detinut, după cum urmează
- Aparate cu 1 canal si vechime 1-5 ani = 16 puncte/aparat
- Aparate cu 2 canale si vechime 1-5 ani = 24 puncte/aparat
- Aparate cu 3 canale si vechime 1-5 ani = 28 puncte/aparat
- Aparate cu 4 canale si vechime 1-5 ani = 32 puncte/aparat
- Combină de terapie fizicală şi vechime 1 – 5 ani = 20 puncte/combină
- Cada de hidroterapie– vechime 1-5 ani = 10 puncte/1 cada

Se scad din punctajul acordat pentru fiecare aparat, cate 2 puncte pentru fiecare an de vechime in plus al aparatului.

Nr.crt	Denumire aparat	Numar canale	An fabricatie	Total puncte/aparat
1	2	3	4	5

TOTAL PUNCTE: .....

NOTĂ:
Numărul de 2, 3 sau 4 canale ale unui aparat reprezintă posibilitatea pentru efectuarea terapiei la 2, 3, respectiv 4 pacienţi în acelaşi timp.

B. Evaluarea salii de kinetoterapie:
- Suprafaţa utilă a sălii este între 8 – 15 mp şi dotare corespunzătoare Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 20 puncte
- Suprafaţa utilă a sălii este între 16 – 30 mp şi dotare corespunzătoare Ordinului MSP 153/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice privind înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale = 30 puncte
- Suprafaţa utilă a sălii este de peste 30 mp, folosită exclusiv pentru furnizarea de servicii de kinetoterapie şi dotare superioară faţă de prevederile Ordinului MSP 153/2003 = 33 puncte

C. Evaluarea resurselor umane:

Personalul este punctat proportional cu timpul lucrat.

Punctajul se acorda pentru fiecare angajat medico-sanitar cu norma intreaga, iar pentru cei cu norma partiala se acorda unitati proportionale cu fractiunea de norma lucrata.

Se considera o norma intreaga astfel:
- pentru un medic - 35 ore/saptamana (7 ore x 5 zile/saptamana)

- pentru un asistent, fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut sau masseur – 40 ore/saptamana (ore/zi x 5zile/saptamana)

a. medic in specialitatea de recuperare, medicină fizică şi balneologie:
– medic primar – 20 puncte/medic/1 norma
- medic specialist - 16 puncte/medic/1 norma

Nume si prenume medic	Numar de ore	Punctaj

b. fiziokinetoterapeut/kinetoterapeut – 10 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

c. asistent balneofizioterapie – 6 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

d. maseur – 5 puncte / 1 norma

Nume si prenume	Numar de ore	Punctaj

TOTAL PUNCTE: .....

Program de activitate saptamanal al bazei de tratament - 8 ore / zi:

- 5 zile /săptămână = 2 puncte
- Sub 5 zile/săptămână = 1 punct
- Pentru 2 x 8 ore 5 zile pe săptămână =5 puncte
- TOTAL puncte ……

Se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor pentru toate criteriile.

Se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei alocate cu destinaţia asistenţă medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu, din care se scade suma aferentă serviciilor de acupunctură la numărul total de puncte.

Valoarea unui punct obţinută mai sus se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor, rezultând sumele aferente fiecărui furnizor.

ANEXA 9

LISTA

cuprinzând afecţiunile care, după confirmarea ca fiind un caz nou, permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate

1. Infarct miocardic şi Angină pectorală instabilă
2. Purtătorii de proteze valvulare şi pace-maker
3. Malformaţii congenitale şi boli genetice
4. Insuficienţă renală cronică în stadiul predialitic
5. Insuficienţă cardiacă clasa III - IV NYHA
6. Sindrom Felty, boala Still, sindrom Sjogren, artrită cronică juvenilă
7. Bolile de colagen-vasculare (lupus eritematos sistemic, sclerodermie, poli/dermatomiozită, vasculite sistemice)
8. Aplazia medulară
9. Anemii hemolitice endo- şi exoeritrocitare
10. Trombocitemia hemoragică
11. Thalasemia majoră
12. Histiocitozele
13. Telangectazia hemoragică ereditară
14. Purpura trombocitopenică idiopatică
15. Trombocitopatii
16. Purpura trombotică trombocitopenică
17. Boala von Willebrand
18. Coagulopatiile ereditare
19. Tumori cu potenţial malign până la şi după elucidarea diagnosticului
20. Boala Wilson
21. Malaria
22. Tuberculoza
23. Mucoviscidoza
24. Boala Addison
25. Diabet insipid
26. Psihoze
27. Miastenia gravis
28. Bolnavi cu revascularizaţie percutanată, cu stimulatoare cardiace, cu proteze valvulare, cu by-pass coronarian
29. Afecţiuni postoperatorii şi ortopedice până la vindecare
30. Gravide cu risc obstetrical crescut
31. Prematuritatea (în primul an de viaţă)
32. Malnutriţie proteinenergetică (în primii 3 ani de viaţă)
33. Anemiile carenţiale (până la normalizarea hematologică şi biochimică)
34. Rahitismul evolutiv, forma moderată şi gravă (până la vindecarea radiologică şi biochimică)
35. Astm bronşic sever
36. Glaucom
37. AVC – la medicul neurolog in cazul tratamentelor cu risc vital* (anticoagulante)

NOTA 1: Prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate fără bilet de trimitere pentru afecţiunile de mai sus se face numai în următoarele situaţii:

1. dacă face dovada (printr-o scrisoare medicală) că a fost luat în evidenţă de către medicul de familie şi în intervalul de timp până la următoarea consultaţie la medicul specialist, bolnavul nu necesită să fie monitorizat de către medicul de familie;

2. pentru bolnavii a căror schemă terapeutică trebuie modificată în funcţie de parametrii de monitorizare;

3. asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru tot anul în curs, conform fişei de monitorizare prevăzut în anexa nr. 8 A.

NOTA 2:

1. Medicul de specialitate trebuie să informeze medicul de familie prin scrisoare medicală dacă au intervenit schimbări în evoluţia bolii şi în atitudinea terapeutică.

2. Medicul de specialitate care are în evidenţă bolnavul are obligaţia de a depune la contractare lista cu asiguraţi - bolnavi cu afecţiuni cronice în evidenţă.

ANEXA 10

CRITERII

privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. a) Să facă dovada capacităţii tehnice a fiecărui laborator/punct de lucru de a efectua toate investigaţiile medicale paraclinice - analize medicale de laborator prevăzute la cap. II din anexa nr. 7 la ordin, cu excepţia examinărilor de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau).

b) Pentru examinările de anatomie patologică(histopatologice şi de citologie inclusiv examenul Babeş Papanicolau), furnizorul are obligaţia de a face dovada capacităţii tehnice numai în situaţia în care solicită contractarea acestora.

3. Furnizorul va prezenta un înscris cu menţiunea seriei, a anului de fabricaţie, a capacităţii de lucru şi a meniului de teste efectuate de fiecare aparat, vizat de producător/distribuitor/furnizor de service.

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

4. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de analize medicale / laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, este acoperită prin prezenţa unui medic de specialitate medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist – cu grad de specialist.

Să facă dovada , pentru fiecare laborator de analize medicale / laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa că în cadrul acestuia/acestora îşi desfăşoară activitatea medic / medici de laborator într-o formă legală de exercitare a profesiei care să acopere cel putin o norma/zi.

5. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate, atât pentru subcriteriul a) „Implementarea sistemului de management al calităţii” cât şi pentru subcriteriul b) „Participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii” prevăzut de reglementările în vigoare pentru cel puţin 50% reprezentand minim 40 analize din numărul de analize cuprinse in lista investigaţiilor contractate, pentru fiecare dintre

laboratoarele / laboratoare organizate ca puncte de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe toată perioada de derulare a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Numărul total de analize cuprinse în lista investigaţiilor medicale paraclinice este de 79.

6. Sa faca dovada capacitatii tehnice pentru posibilitatea efectuării a cel putin 5% din numarul total de servicii medicale paraclinice necesare la nivelul fiecarei case de asigurari de sanatate, stabilit de comisia constituită conform art. 44 alin.(5) din Contractul-cadru, cu încadrarea în 90% din suma prevăzută cu această destinaţie.

NOTĂ: Pentru laboratoarele de anatomie patologică nu se aplică punctul 2.a) şi punctul 5.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - analize medicale de laborator - stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii paraclinice - analize de laborator se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2. La stabilirea sumelor ce se contractează cu furnizorii de analize medicale de laborator se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor 45%
2. criteriul de calitate 50%
3. criteriul financiar 5%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 45%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator - obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora, având menţionate seriile echipamentelor.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

În acest sens, casele de asigurări de sănătate verifică capacitatea tehnică a fiecărui furnizor şi transmit Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data încheierii perioadei de depunere a dosarelor de contractare situaţia centralizatoare cu privire la:

- tipul şi denumirea fiecărui aparat
- seria şi numărul fiecărui aparat
- tipul, numărul şi data documentului care dovedeşte deţinerea legală a fiecărui aparat.

Constatarea ulterior încheierii contractului, a existenţei unor aparate de acelaşi tip şi cu aceeaşi serie şi număr la doi furnizori sau în două laboratoare/puncte de lucru ale aceluiaşi furnizor, conduce la aplicarea măsurii de reziliere a contractului pentru furnizorii/furnizorul respectiv.

f) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Furnizorii vor prezenta contract de service încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sanatatii conform prevederilor legale in vigoare, pentru aparatele iesite din perioada de garantie si valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale. Pentru aparatele care ies din garantie pe parcursul derularii contractului de furnizare de servicii medicale furnizorii sunt obligati sa prezinte contractul de service anterior expirarii perioadei de garantie.

g) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după cum urmează:

1. Hematologie:

1.1. Morfologie*)

a) analizor până la 18 parametri inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

Pentru analizoarele cu mai puţin de 60 teste/oră se acordă 5 puncte.

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

b) - analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv - cu o vechime de până la 5 ani - 12 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- analizor cu mai mult de 18 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu până la 60 teste/oră inclusiv; cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

c) - analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră - cu o vechime de până la 5 ani - 14 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- analizor cu mai mult de 22 parametri (cu formulă leucocitară completă - 5 DIF) cu cel puţin 61 teste/oră; cu modul laser flowcitometric - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

---

*) De menţionat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de laborator cu specializare în hematologie sau cu specializare medicina de laborator pentru care hematologia a intrat în curricula de pregătire.

1.2. Hemostază:

a) analizor coagulare semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

b) analizor de coagulare complet automat - cu o vechime de până la 5 ani - 18 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

1.3. Imunohematologie: - 2 puncte.

2. Microbiologie:

2.1. Bacteriologie

- analizor automat de microbiologie - cu o vechime de până la 5 ani - 40 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- identificarea germenilor - 10 puncte

- efectuarea antibiogramei - 8 puncte.

2.2. Micologie:

- decelarea prezenţei miceliilor şi identificarea miceliilor - 10 puncte

- efectuarea antifungigramei - 8 puncte.

2.3. Parazitologie:

- examen parazitologie pe frotiu - 2 puncte.

3. Biochimie:

a.- analizor semiautomat - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine analizoare automate, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b. - analizor automat - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

b.1 - analizor automat cu determinare şi prin turbidimetrie - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte

- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

În funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigaţie/oră se acordă câte 0,06 puncte.

- se iau în calcul maxim 3 aparate

c. - analizor semiautomat pentru electroforeza - cu o vechime de până la 5 ani - 5 puncte

- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus al aparatului;

- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

d. - analizor automat pentru electroforeza - cu o vechime de până la 5 ani - 20 puncte

-se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

- se iau în calcul maxim 2 aparate

4. Imunologie:

a) sistem semiautomatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani - 10 puncte

- se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;

- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b) sistem automatizat Elisa - cu o vechime de până la 5 ani, cu:

- o microplacă 25 puncte
- două microplăci simultan 30 puncte
- 4 microplăci simultan 35 puncte
- 6 microplăci simultan 40 puncte

- se scad din punctajele acordate câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatelor;

- se iau în calcul maxim 2 aparate

c) sisteme speciale

c1) semiautomate cu o vechime de până la 5 ani 25 puncte

- pentru sistemele speciale semiautomate se iau în calcul maxim 2 aparate;

c2) automate cu o vechime de până la 5 ani 40 puncte

- pentru sistemele speciale automate, în funcţie de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă câte 0,6 puncte.

- pentru sistemele speciale automate se iau in calcul maxim 2 aparate pe tip de metoda, pentru maxim 2 metode.

- In cazul in care laboratorul detine aparate cu mai mult de doua metode, pentru sistemele speciale se va lua in calcul maxim un aparat in plus fata de primele doua, la alegerea furnizorului.

- punctajul pentru cea de a 3-a metoda de lucru se va acorda la un nivel de 50% din punctajul corespunzător aparatelor.

Pentru sistemele speciale semiautomate şi automate se scad din punctajul acordat câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.

Sunt considerate sisteme speciale sistemele bazate pe urmatoarele metode:

- CLIA - Chemiluminescenţă (Test Imunologic pe baza de Chemiluminiscenta)
- ECLIA - Electrochemiluminescenţă (Test Imunologic pe baza de Electrochemiluminiscenta)
- MEIA, EIA - Microparticle Enzyme Immunoassay (Metoda Imunologiga Enzimatica; Metoda Imunologiga Enzimatica pe baza de Microparticule)
- FPIA - Fluorescence Polarization Immunoassay (Metoda Imunologica prin Fluorescenta de Polarizare)
- REA - Radiative Energy Attenuation (Atenuare de Energie Radiata)
- CMIA - Chemiluminescent microparticle immunoassay(Test Imunologic de Chemiluminiscenta pe baza de Microparticule)
- EMIT - Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (Metoda Imunologiga Enzimatica Dubla)
- RAST - Radioallergosorbent (Test Radioimunologic prin legarea complexului pe suport insolubil)
- RIA - Radioimmunoassay (Metoda Imunologiga pe baza de Radioizotopi)
- IFA - Immunofluorescence (Test Imunologic pe baza de Imunofluorescenta)
- ELFA cu detectie in fluorescenta -- Test imunoenzimatic cu emisie de fluorescenta

- TRACE – Emisie amplificată de europium

NOTA: test imunologic sau metoda imunologica se refera la o reactie cu formare de complex tip antigen-anticorp

5. Citologie Papanicolau 5 puncte.
Este obligatoriu a fi efectuată de medici sau de biologi cu specializare în domeniu.

6. Histopatologie 25 puncte.
- Sistem automat de prelucrare a probelor …….....……40 puncte (de la probă până la bloc de parafină)
- Sistem de colorare automată a lamelor …….....……...15 puncte

7. Analize de urină
a. analizor semiautomat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 5 puncte
- se scade din punctajul acordat câte 1 punct pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului;
- se iau în calcul maxim 2 aparate, cu excepţia situaţiei în care furnizorul deţine 1 analizor automat, situaţie în care se ia în calcul maxim un analizor semiautomat;

b. analizor automat pentru examen urină - cu o vechime de până la 5 ani 20 puncte
- se scad din punctajul acordat câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a aparatului.
- se iau în calcul maxim 2 aparate

NOTĂ:
Nu se punctează aparatele pentru care în compartimentele respective nu desfăşoară activitate cel puţin un angajat cu studii superioare de specialitate.
Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

B. Resursele umane
Personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat în laborator.
Punctajul se acordă pentru fiecare angajat medico-sanitar cu normă întreagă, iar pentru cei angajaţi cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată:

1. medic primar de specialitate 20 puncte;
2. medic specialist 18 puncte;
3. chimişti, biologi, biochimişti principali 16 puncte;
4. chimişti, biologi, biochimişti specialişti 14 puncte;
5. chimişti, biologi, biochimişti 10 puncte;
6. farmacist 12 puncte
7. asistenţi medicali de laborator cu studii superioare 6 puncte;
8. asistenţi medicali de laborator fără studii superioare 4 puncte

C. Logistică:
1. transmiterea rezultatelor analizelor de laborator la medicul care a recomandat analizele în maximum 24 de ore:
- fax - 1 punct;
- direct medicului - 3 puncte;
- sistem electronic securizat de consultare a rezultatelor pe Internet - 4 puncte.

2. software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul

de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):

- operaţional - instalat şi cu aparate conectate pentru transmitere de date - 30 puncte;

3. website - care să conţină minimum următoarele informaţii: datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor - 2 puncte.

Pentru furnizorii de servicii de laborator care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul corespunzător pct. 1 şi 3 se acordă o singură dată pentru punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii medicale de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul de calitate

Ponderea acestui criteriu este de 50%

a) 70% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii", în conformitate cu SR EN ISO/CEI 17025 sau SR EN ISO 15189:2007 şi care este dovedit de furnizor prin certificatul de acreditare însoţit de anexa care cuprinde lista de analize medicale pentru care este acreditat fiecare laborator/sau laborator organizat ca punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

a1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de Biochimie, Hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în Anexa nr. 7 la ordin şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

a2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, altele decât cele menţionate la lit. a1) şi cuprinsă în anexa la certificatul de acreditare numai pentru punctul de lucru pentru care s-a făcut acreditarea;

_____

Notă:

Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

b) 30% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale pentru laboratoare de analize medicale notificate de Ministerul Sănătăţii" şi care este dovedit de furnizor prin documentul de atestare care cuprinde şi lista analizelor medicale pentru care este atestat fiecare laborator/punct de lucru pentru care s-a încheiat contract, în termen de valabilitate.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor se stabileşte astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare analiză medicală de biochimie, hematologie şi analize de urină (cu excepţia uroculturii) prevăzută în Anexa nr.7 la ordin şi;

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare analiză medicală prevăzută în celelalte grupe de analize prevăzute în anexa nr. 7, altele decât cele menţionate la lit. b1);
pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale, cu condiţia ca aceasta să se fi efectuat de cel puţin 4 ori/an în ultimele 12 luni. Pe parcursul derulării contractului obligaţia participării la schemele de testare a competenţei de cel puţin 4 ori pe an rămâne valabilă în aceleaşi condiţii.

Pentru participarea la un numar mai mare de 4 ori pe an la schemele de testare a competentei punctajul se va multiplica astfel:
- pentru participarea la un numar de 6 ori pe an se acorda o crestere a punctajului de 10%
- pentru participarea la un numar de 12 ori pe an se acorda o creştere a punctajului de 15%.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

_____

Notă:
Pentru testele compuse din mai mulţi parametri nu se iau în calcul toţi parametrii – se consideră un singur test, cu excepţia categoriei microbiologie, unde diversele etape de lucru (examen microscopic, cultură cu identificare microbiană inclusiv antibiograma /fungigrama) constituie teste separate şi se iau în calcul separat.

3. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, anatomie patologică).

b. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă şi nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

c. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de analize medicale de laborator.

d. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

Pentru furnizorii de servicii medicale de laborator care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă o singură dată pentru toate analizele medicale, indiferent de numărul laboratoarelor/punctelor de lucru cu care furnizorul intră în contract.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţia de analize medicale de laborator se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 45% pentru criteriul de evaluare resurse;

b) 50% pentru criteriul de calitate, din care 70% pentru subcriteriul "implementarea sistemului de management al calităţii" şi 30% pentru subcriteriul "participare la schemele de testare a competenţei pentru laboratoare de analize medicale";

c) 5% pentru criteriul financiar.

B. Pentru fiecare criteriu/subcriteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de analize medicale / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu/subcriteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea sumelor stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu/subcriteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu/subcriteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

NOTA 1: În funcţie de necesarul de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, pe tipuri, suma aferentă investigaţiilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator - poate fi repartizată de casele de asigurări de sănătate pe tipuri de servicii medicale paraclinice de laborator, astfel:

- analize medicale de laborator;
- analize de anatomie patologică (histopatologice şi de citologie, inclusiv examenul Babeş Papanicolau)

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de anatomie patologică din totalul fondului cu destinaţia de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator.

Pentru furnizorii de investigaţii medicale paraclinice - laboratoare de anatomie patologică - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai analizele, aparatele şi personalul specific).

ANEXA 11

CRITERII

privind selecţia furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală

CAPITOLUL I Criterii de selecţie a furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală

Pentru a intra în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele criterii de selecţie:

1. Să fie autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;

2. Să facă dovada capacităţii tehnice de a efectua investigaţiile de radiologie şi/sau imagistică medicală din Lista minimă de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura acestuia ce urmează a fi cuprins în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, astfel:

a. Laborator de radiologie şi imagistică medicală - investigaţii conforme cu certificatul de înregistrare a cabinetului în Registrul unic al cabinetelor medicale;

b. Ecografia generală, ca prestaţie independentă: ecografie generală efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice şi medici de familie, cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare emis de instituţiile abilitate în condiţiile legii;

c. Ecografia endocrinologică ca prestaţie independentă efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice, în diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, endocrinologie, medicină internă;

d. Ecografia de vase - artere, vene, ca prestaţie independentă: efectuată în cabinete medicale de către medici de specialităţi clinice: cardiologie, pediatrie, medicină internă, neurologie, geriatrie şi gerontologie;

e. Ecocardiografia efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de cardiologie, pediatrie, medicină internă, geriatrie şi gerontologie şi pediatrie, de către medici de specialităţi clinice;

f. Ecografia fetală efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de genetică medicală;

g. Ecografia transfontanelară efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de pediatrie;

h. Ecografia de pelvis efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de obstetrică-ginecologie (numai pentru afecţiuni ginecologice) şi în cabinetele medicale de urologie.

i. Radiografia dentară ca prestaţie independentă în cadrul cabinetelor de medicină dentară.

j. Ecografia morfologică fetală (pentru gravide 20 - 23 de săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală;

k. Ecografia pentru translucenţa nucală (pentru gravide 11 - 13,6 săptămâni) efectuată ca prestaţie independentă în cabinete medicale de către medicii de specialitate obstetrică-ginecologie cu supraspecializare în medicina materno-fetală.

NOTĂ: Furnizorul va prezenta fişa tehnică eliberată de producător, pentru fiecare aparat care este luat în calcul la criteriul de capacitate tehnică pentru caracteristicile specifice aparatelor.

3. Să facă dovada că toată durata programului de lucru declarat pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structură, este acoperită prin

prezenţa unui medic de specialitate radiologie-imagistică medicală, condiţii cumulative ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală.

4. Să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prevăzut de reglementările în vigoare, pentru toate laboratoarele/punctele de lucru ce urmează a fi cuprinse în contractul de furnizare de servicii radiologie-imagistică medicală pe toată durata de valabilitate a contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Prevederea nu se aplică furnizorilor care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice şi de servicii de medicină dentară, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice la contractele de furnizare de servicii medicale.

CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor şi defalcarea numărului de investigaţii paraclinice - radiologie şi imagistică medicală, stabilit pe total judeţ

1. Numărul de investigaţii de radiologie-imagistică medicală se stabileşte la nivelul fiecărui judeţ de către comisia înfiinţată conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

2. La stabilirea numărului de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală şi a sumelor ce se contractează cu furnizorii de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se au în vedere următoarele criterii:

1. criteriul de evaluare a resurselor	85%
2. criteriul financiar	5%
3. criteriul de disponibilitate	10%

1. Criteriul de evaluare a resurselor

Ponderea acestui criteriu este de 85%

Ca urmare a aplicării metodologiei de stabilire a punctajului, fiecare furnizor de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală obţine un punctaj corespunzător acestui criteriu.

Metodologia de stabilire a punctajului:

A. Evaluarea capacităţii resurselor tehnice

a) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală sunt obligaţi să facă dovada deţinerii legale a aparaturii prin documente conforme şi în termen de valabilitate.

b) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să verifice dacă seria şi numărul aparatului existent în cadrul laboratorului sunt conforme cu seria şi numărul aparatului înscrise în cuprinsul documentelor care atestă existenţa şi deţinerea legală a acestora.

c) Furnizorii sunt obligaţi să prezinte toate fişele tehnice corespunzătoare aparatelor deţinute şi pentru care încheie contract de furnizare de servicii cu casa de asigurări de sănătate.

d) Nu sunt luate în calcul aparatele care nu au înscrise pe ele seria şi numărul, şi nici aparatele pentru care furnizorii nu pot prezenta fişele tehnice conforme şi în termen de valabilitate ale acestora.

e) Dacă doi sau mai mulţi furnizori prezintă aparate înregistrate cu aceeaşi serie şi număr înainte sau în perioada de contractare, acestea sunt excluse definitiv şi nu se mai iau în calcul la nici unul dintre furnizori.

Fac excepţie furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică care îşi desfăşoară activitatea utilizând acelaşi spaţiu şi aceleaşi echipamente specifice deţinute şi/sau utilizate în comun în condiţiile legii, cu prezentarea documentelor justificative prevăzute de actele normative în vigoare şi numai în condiţiile în care personalul medical de specialitate al fiecărui furnizor îşi desfăşoară activitatea cu respectarea dispoziţiilor

Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale prezentului ordin şi într-un program de lucru distinct.

g) Pentru a putea fi luate în considerare, aparatele trebuie să fie în perfectă stare de funcţionare, certificată cu documentele care atestă verificarea parametrilor funcţionali în termenul prevăzut de lege pentru fiecare tip de aparat.

h) Furnizorii au obligaţia să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menţinerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deţinut, după cum urmează:

a) 1. radiologie (scopie) - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

2. radiologie (grafie) se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului;

b) post independent de radiografie - se acordă 25 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

c) radiografie dentară - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

d) aparate de radiologie mobile - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

Pentru echipamentele de radiologie, după caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie
  - digitalizat (plăci fosforice) 5 puncte;
  - direct digital 10 puncte;
- opţiuni:
  - stepping periferic 5 puncte;
  - cuantificarea stenozelor 5 puncte;
  - optimizarea densităţii 5 puncte;
  - trendelenburg 3 puncte;
  - afişare colimatori fără radiaţie 3 puncte;
  - stand vertical 3 puncte;
  - tomografie plană 1 punct;
  - 2 Bucky 1 punct.

e) mamografie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- tipul de achiziţie:
  - parţial digital 5 puncte;
  - digital 10 puncte;
- dimensiunea câmpului de expunere: 1 punct;
- existenţa de casete dedicate 1 punct;
- facilitate de stereotaxie 10 puncte.

f) ecografia - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- mod de lucru al unităţii de bază:
  - B (sau 2D): 1 punct;
  - M: 1 punct;
  - Doppler color: 2 puncte;
  - Doppler color power sau angio Doppler: 1 punct;
  - Doppler pulsat: 1 punct;
  - triplex: 0.5 puncte;
  - achiziţie imagine panoramică: 1 punct;
  - achiziţie imagine panoramică cu Doppler color: 1 punct;
  - achiziţie imagine cu armonici superioare: 1 punct.
- caracteristici tehnice sistem:
  - monitor alb-negru/color - 1 punct;
  - modalităţi de salvare a imaginilor (DICOM sau compatibile PC) pentru fiecare opţiune se adaugă 1 punct;
  - aplicaţii software incluse (abdomen, părţi moi, obstetrică-ginecologie) 1 punct;
  - stocare imagini DICOM (CD, DVD, stick USB, hard disk) 2 puncte;
  - printer alb-negru/color 1 punct;

g) computer tomografie - se acordă 60 de puncte pentru fiecare computer tomograf spiral, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru fiecare computer tomograf secvenţial, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- numărul de secţiuni concomitente:
  - 2 - 8 secţiuni 25 puncte;
  - 16 - 32 secţiuni 40 puncte;
  - peste 32 secţiuni 70 puncte;
  - peste 64 secţiuni 100 puncte;
- timp de achiziţie a imaginii:
  - 0,5 - 1 secundă: 10 puncte;

    sau
  - < 0,5 secunde: 20 puncte.
- aplicaţii software* instalate pe computerul tomograf:
  - 3D: 2 puncte;
  - Circulaţie - 64 slice 2 puncte;
  - evaluare nodul pulmonar - 16 slice 2 puncte;
  - perfuzie - 64 slice 2 puncte;
  - colonoscopie - 64 slice 2 puncte;
  - angiografie cu substracţie de os - 16 slice 2 puncte;
  - dental - 2 slice 2 puncte.

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor menţionate instalate pe echipament

- accesorii - printer - digital 5 puncte;
  - analog 1 punct;

- injector automat 15 puncte;
- staţie de post procesare şi software aferent*: 20 puncte;

---

* se va puncta dacă în documentaţia de punere în funcţiune există dovada deţinerii şi instalării echipamentului

h) imagistică prin rezonanţă magnetică - se acordă 100 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului

- se acordă 30 de puncte pentru aparatele de rezonanţă magnetică dedicate anumitor segmente (Ex: sân, extremităţi, cap, genunchi etc.), scăzându-se câte 2 puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

1. - câmp magnetic - 1 T 10 puncte;
- 1,5 T şi peste 20 puncte;

2. - pentru fiecare tip de antenă instalată* se adaugă: 20 puncte;

---

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a echipamentelor

3. Aplicaţii software* instalate pe RMN

- Post-procesare 3D – prelucrarea achizitiilor in 3D: 10 puncte
- Tractografie – vizualizarea tracturilor 3D a materiei albe cerebrale, cuantificarea, deplasarea sau ruperea lor 10 puncte
- Perfuzie – cuantificarea permeabilitatii tumorale in functie de modelul farmacocinetic al substantei de contrast pentru patologia cerebrala si a prostatei:
10 puncte
- Perfuzie fara substanta de contrast – permite vizualizarea neinvaziva a perfuziei teritoriilor cerebrale corespunzatoare arterelor cerebrale individuale:
10 puncte
- Soft cardiac – evaluarea viabilitatii, perfuziei si
dinamicii cordului: 10 puncte
- Soft de scanare corp in totalitate – scanarea intregului corp
intr-un timp foarte scurt: 10 puncte
- Angiografie de corp in totalitate – permite vizualizrea sistemului
vascular a intregului corp de la arcul aortic pana la degetele
de la picioare: 10 puncte

* se punctează dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada documentată a aplicaţiilor instalate pe echipamente

4. Accesorii

- Printer - digital: 5 puncte;
- analog: 1 punct;
- Injector automat: 15 puncte;
- Staţie de post procesare şi software aferent* 20 puncte.
(alta decât staţia de vizualizare)

---

* se va puncta dacă în documentaţia de deţinere şi de punere în funcţiune există dovada echipamentului

i) medicină nucleară (Gamma Camera) - se acordă 70 de puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime al dispozitivului.

După caz, la punctajul obţinut se adaugă:

- cu o cameră de citire 5 puncte;

- cu două camere de citire 15 puncte;
- Hot lab: 15 puncte.

j) osteodensitometrie - se acordă 15 puncte pentru fiecare dispozitiv medical, cu o vechime de până la 5 ani, scăzându-se câte două puncte pentru fiecare an de vechime în plus a dispozitivului.

k) accesorii pentru prelucrarea, transmisia şi stocarea imaginilor:
- cameră obscură umedă manuală 1 punct;
- developator automat umed 3 puncte;
- developator umed day light 5 puncte;
- cititor de plăci fosforice (CR) 15 puncte;
- developare automată uscată: 10 puncte;
- arhivă filme radiografice 5 puncte;
- arhivă CD 15 puncte;
- arhivă de mare capacitate (PACS) 50 puncte;
- digitizer pentru medii transparente (filme) 5 puncte.

NOTA 1: Aparatele mai vechi de 10 ani nu se punctează.

NOTA 2: În vederea acordării punctajului pentru fiecare dispozitiv medical deţinut în punctul de lucru, furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta anexa la contractul de achiziţie, anexă care descrie şi confirmă configuraţia tehnică a respectivului dispozitiv.

NOTA 3: Se punctează doar echipamentele utilizate pentru serviciile ce se contractează cu casele de asigurări de sănătate.

NOTA 4: Pentru furnizorii de servicii de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru, punctajul se acordă pentru fiecare aparat/echipament aflat într-un laborator/punct de lucru pentru care se încheie contract cu casa de asigurări de sănătate.

B. Evaluarea resurselor umane

Pentru fiecare categorie de personal se acordă următorul punctaj:

- medici:
  - medic de specialitate radiologie şi imagistică medicală: 20 puncte;
  - medic primar radiologie şi imagistică medicală: 35 puncte;
  - medic de specialitate medicină nucleară: 20 puncte;
  - medic primar medicină nucleară: 35 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco obţinută în ultimii 5 ani 5 puncte;
  - medic cu competenţă/supraspecializare/atestat de studii complementare Eco de mai mult de 5 ani: 10 puncte;

(punctajul se acordă pentru medicii din specialităţile clinice şi medicii de familie care efectuează servicii medicale paraclinice-ecografii în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale clinice/contractelor de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, respectiv la contractele de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară)
  - medic dentist 8 puncte.
  - medic dentist specialist 10 puncte
  - medic dentist primar 15 puncte

(punctajul se acordă pentru medicii dentişti care efectuează radiografii dentare retroalveolare şi panoramice în baza actelor adiţionale încheiate la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară)
  - medic specialist explorări funcţionale 10 puncte;
  - medic primar explorări funcţionale 15 puncte;
- operatori:
  - absolvent colegiu imagistică medicală 6 puncte;

- asistent medical imagistică medicală: 4 puncte;
- bioinginer: 8 puncte;
- fizician: 8 puncte;

- asistenţi medicali:
  - de radiologie cu studii superioare 6 puncte;
  - de radiologie fără studii superioare 4 puncte;
  - alte specialităţi pentru Eco + ATI 3 puncte;
- personal auxiliar - tehnician aparatură medicală 5 puncte.

NOTĂ: Se acordă punctaj pentru fiecare persoană încadrată cu normă întreagă. Pentru cei încadraţi cu contract de muncă cu timp parţial lucrat se acordă punctaj proporţional cu fracţiunea de normă.

C. Logistica:

a) distribuţia rezultatelor investigaţiilor la medicul care a recomandat investigaţia:
- reţea de transmisie imagini interne (RIS) 8 puncte;
- transmisie de imagini în perimetrul limitrof şi la distanţă (PACS) 10 puncte;

b) software dedicat activităţii de laborator - care să conţină înregistrarea şi evidenţa biletelor de trimitere (serie şi număr bilet, CNP-ul pacientului, codul de parafă şi numărul de contract al medicului care a recomandat, tipul şi numărul investigaţiilor recomandate), eliberarea buletinelor de analiză şi arhivarea datelor de laborator, precum şi raportarea activităţii desfăşurate în conformitate cu formatul solicitat de casa de asigurări de sănătate (se prezintă specificaţiile tehnice ale aplicaţiei, care se verifică la sediul furnizorului):
- operaţional cu aparate conectate pentru transmitere de date 20 puncte.

c) website - care să conţină minimum următoarele informaţii: datele de contact - adresa, telefon, fax, mail, pentru laboratoarele/punctele de lucru din structura, orarul de funcţionare, certificări/acreditări şi chestionar de satisfacţie a pacienţilor 2 puncte.

d) teleradiologie:
- server în centrul de achiziţie 10 puncte
- server în centrul de citire 10 puncte
- linie VPN 10 puncte.

Punctajul se acordă o singură dată indiferent dacă furnizorul oferă servicii de teleradiologie CT sau RMN sau şi CT şi RMN.

Pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe puncte de lucru la contractare cu o casă de asigurări de sănătate, punctajul pentru lit. a) şi c) se acordă o singură dată pentru laboratorul/punctul de lucru pentru care optează furnizorul de servicii de laborator.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

2. Criteriul financiar

Ponderea acestui criteriu este de 5%.

Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.

Furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică care prezintă tarife ce depăşesc tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinşi de la contractare.

a. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală prezintă în ofertă procentul cu care propun

diminuarea tarifelor maximale prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, pentru fiecare tip de investigaţii, procent care nu poate depăşi 5% din tariful maximal.

b. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare tip de investigaţii reprezintă tarifele care se contractează cu toţi furnizorii de investigaţii de radiologie-imagistică medicală.

c. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a ofertat procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare tip de investigaţii. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici faţă de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporţional în funcţie de primul clasat.

d. Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

3. Criteriul de disponibilitate

Ponderea acestui criteriu este de 10%.

Punctajul se acordă astfel:

- pentru furnizorii care asigură un program prelungit de 12 ore zilnic, inclusiv sâmbătă, duminică şi sărbători legale se adaugă - 30 puncte
- pentru furnizorii care asigură un program zilnic de minimum 2 norme se adaugă - 100 puncte

Pentru furnizorii de servicii medicale de radiologie-imagistică medicală care participă cu mai multe laboratoare/puncte de lucru la contractare, punctajul se acordă pentru fiecare laborator/punct de lucru.

Punctajul obţinut de fiecare furnizor prin aplicarea acestui criteriu se afişează pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Sumele se stabilesc pentru fiecare furnizor astfel:

A. Fondul cu destinaţie de investigaţii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală se repartizează pentru fiecare criteriu în parte, astfel:

a) 85% pentru criteriul de evaluare;

b) 5% pentru criteriul financiar;

c) 10% criteriul de disponibilitate.

B. Pentru fiecare criteriu se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor la cele trei criterii, cu excepţia numărului total de puncte obţinut de furnizorii de servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii de radiologie şi imagistică medicală în regim ambulatoriu şi de laboratoarele de radiologie şi imagistică medicală / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

C. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărţirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor prevăzute la lit. A la numărul total de puncte corespunzător fiecărui criteriu, număr stabilit conform lit. B.

D. Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre cele 3 criterii se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor pentru fiecare criteriu, rezultând sume aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

E. Valoarea totală contractată de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate se obţine prin însumarea celor trei sume stabilite conform lit. D.

F. Criteriile şi modalitatea de calcul se aplică în acelaşi mod şi pentru furnizorii de servicii paraclinice de radiologie-imagistică pentru laboratoarele/punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare şi care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu, precum şi pentru furnizorii de

servicii medicale spitaliceşti care efectuează investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică în regim ambulatoriu.

Valoarea unui punct obţinută pentru fiecare dintre criteriile/subcriteriile prevăzute la lit. A se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor.

Sumele care rezultă pentru aceşti furnizori se contractează şi se decontează din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească.

G. Casele de asigurări de sănătate, ca urmare a stabilirii numărului necesar de investigaţii paraclinice de radiologie-imagistică medicală pe total judeţ - de către comisia constituită conform art. 44 alin. (5) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, vor stabili suma ce se va contracta cu furnizorii de explorări funcţionale din totalul fondului cu destinaţia de servicii paraclinice de radiologie-imagistică medicală.

Pentru furnizorii de explorări funcţionale - criteriile specifice de selecţie se aplică în mod corespunzător (numai investigaţiile, aparatele şi personalul specific).

H. În situaţia în care niciunul dintre furnizori nu îndeplineşte criteriul de disponibilitate, suma corespunzătoare aplicării prevederilor lit. A lit. c) se repartizează proporţional la celelalte criterii prevăzute la lit. A lit. a) - b).

ANEXA 12

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..... judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare

- cabinetul individual ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

- Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....,
bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

- Ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centrul medical - unităţi cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul .....,
telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

- Unitatea sanitară fără personalitate juridică din structura spitalului ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et.

...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă e-mail ..... fax ..... reprezentată prin ..... în calitate de reprezentant legal al spitalului din care face parte;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice acordă asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură pentru sănătate facultativ, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi şi competenţe/atestat de studii complementare (pentru fitoterapie, homeopatie, acupunctură, planificare familială):

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. .....;
4. .....;
..... .

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale clinice autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract (pentru serviciile de acupunctură) a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; pentru furnizorii de servicii de acupunctură decontarea se face în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate ;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

g) să facă publică valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul casei de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acesteia, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total naţional de puncte realizat, afişat pe pagina de web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum şi contravaloarea serviciilor medicale pentru care nu se solicită bilet de trimitere conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare ;

k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi au în dotarea cabinetului

aparatură medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

l) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9. a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice casei de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... , program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

11. să asigure respectarea prevederile actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

15. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

16. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

17. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

18. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

19. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

20. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

21. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

22. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

23. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normele sale de aplicare ;

24. să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni, a serviciilor de medicină dentară, precum şi a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie şi planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice este stabilită prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepţia serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi a investigaţiilor medicale paraclinice;

25. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

26. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

27. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

28. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

29. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

30. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situaţiile programabile dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate - în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu au dreptul de a elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate;

31. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

32. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

33. să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora;

34. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu este tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, tarif pe consultaţie şi tarif pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură exprimate în lei.

(2) Valoarea minimă garantată a unui punct este unică pe ţară, pentru anul 2011; valoarea minimă garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical este în valoare de ..... lei.

(3) Plata serviciilor medicale prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte se face conform prevederilor din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Numărul de puncte calculat conform anexei nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, se ajustează în funcţie de:

a) condiţiile în care se desfăşoară activitatea, cu .....%*)

b) gradul profesional medic primar .....%.

*) în condiţiile în care, pentru cabinetele cu punct/puncte de lucru se stabileşte un spor de zonă diferit pentru localitatea unde se află cabinetul, respectiv pentru localitatea/localităţile unde se află punctul/punctele de lucru, se va trece sporul de zonă pentru fiecare situaţie

(5) a) Tariful pe consultaţie de acupunctură este de 13 lei;

b) Tariful pe serviciu medical - caz pentru servicii medicale de acupunctură de care beneficiază un asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură este de 140 lei.

(6) Valoarea contractului pentru consultaţiile şi serviciile medicale - caz de acupunctură este de ..... lei şi se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de recuperare.

Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni după cum urmează:

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 9 (1) Decontarea serviciilor medicale furnizate se face lunar, la valoarea minimă garantată a unui punct, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, depuse lunar de furnizori la casa de asigurări de sănătate, la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului se face decontarea ca urmare a regularizării sumelor cuvenite trimestrului respectiv, la valoarea definitivă a unui punct.

(2) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură furnizate în luna anterioară se face pe baza numărului de servicii medicale - cazuri pentru servicii medicale de acupunctură şi a numărului de consultaţii de acupunctură şi a tarifelor pe cură şi pe

consultaţie, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

În situaţia în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligaţia să anunţe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de acupunctură se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de specialitate din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea/atestat de studii complementare/competenţă: .....

Cod numeric personal: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 12 Clauză specială

(1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

IX. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 13 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 20, 23, 28 se va diminua valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se diminuează contravaloarea serviciilor de acupunctură, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22, şi 29 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii pentru medicii din ambulatoriu pentru specialităţile clinice la care se înregistrează aceste situaţii sau, după caz, se va diminua contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 33 consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 14, 18, 19, 21, 22 şi 29 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 15, 16, 17, 20 şi 23;

h) refuzul furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 7 pct. 24, 25, 34 şi 37 din prezentul contract;

j) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea

medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 13 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie pentru obligaţia prevăzută la art. 7 pct. 27, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 13 alin.(3) .

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

. c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterala a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru aprobat

prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 35 din prezentul contract , cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii / revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 (1) Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4 şi a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 15 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa

ART. 18 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract, să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 19 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 20 Valoarea definitivă a punctului este cea calculată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu este element de negociere între părţi.

ART. 21 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată

nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 22 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE CLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat Juridic, contencios	
.....	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului.....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- act/acte doveditor/doveditoare privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii conexe actului medical nr. ....., cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) avizul de liberă practică ....., atestat de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România nr. ….., tipul serviciilor furnizate ..... şi programul de activitate ..... pentru persoanele care prestează servicii conexe actului medical,

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic,

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici,

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor,

- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,

- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor,

- lista privind evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în norme.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ACT ADIŢIONAL mpentru serviciile medicale paraclinice-ecografii, respectiv monitorizarea şi managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanţei efectuate de medicii de specialitate din specialităţile clinice, respectiv de medicii de specialitate din specialitatea cardiologie şi medicină internă

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii paraclinice adaptat.

ANEXA 13

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Laboratorul de investigaţii medicale paraclinice organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, privind organizarea ;i funcţionarea cabinetelor medicale aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată:

- laboratorul individual .....,....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ..., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... având sediul în municipiul/oraşul ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul titular .....;

- laboratorul asociat sau grupat ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin medicul delegat .....;

- societatea civilă medicală ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin administratorul .....;

Unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentată prin .....;

Laboratoare din structura spitalului ....., inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

Centrul de diagnostic şi tratament/Centrul medical - unităţi medicale cu personalitate juridică ....., având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ..... adresă de e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....;

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice,

conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, prevăzut în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi:

a) .....;
b) .....;
c) .....;
..... .

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice se face de către următorii medici:

a) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Specialitatea: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate .....
c) .....
.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale paraclinice, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, prezentate atât pe suport de hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale paraclinice în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Comunicaţiilor şi Turismului;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice acordate de medici conform specialităţii confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi de alt personal cu studii superioare de specialitate, dacă au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale paraclinice efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale paraclinice pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice

ART. 7 Furnizorul de servicii medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale paraclinice şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct pentru asiguraţi, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h1) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

n) să asigure acordarea serviciilor medicale paraclinice titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

p) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

q) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;

r) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

u) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;

v) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

x) să utilizeze numai reactivi care au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;

y) să facă mentenanţa şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice – analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar

controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189 si SR EN ISO17025;

z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize medicale de laborator, lista de analize medicale care însoţeşte certificatul de acreditare reprezintă cel puţin 50% din analizele medicale de laborator prevăzute în pachetul de servicii medicale paraclinice de bază;

w) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

aa) să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

ab) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ac) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

ad) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii, efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul;

ae) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie şi imagistică medicală, în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;

af) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ag) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;

ah) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;

ai) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată şi modificată prin Legea nr. 598/2001;

aj) să transmită lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura;

ak) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

al) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru serviciile paraclinice este tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

Nr. crt.	Serviciul paraclinic	Tarif negociat	Număr de servicii negociat*)	Total lei (col. 2 x col. 3)
0	1	2	3	4
1.				
2.				
...				
TOTAL		X	X	

*) Numărul negociat de servicii este orientativ, cu obligaţia încadrării în valoarea contractului.

Tarifele negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toţi furnizorii.

Suma anuală contractată este ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

Suma contractată pe an se defalchează pe trimestre şi luni şi se regularizează lunar.

ART. 9 Decontarea serviciilor medicale paraclinice se face lunar, în termen de maximum ..... de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative care se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale paraclinice furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 12 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 13 Efectuarea de servicii medicale paraclinice peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 14 (1) În cazul în care se constată nerespectarea programului de lucru stabilit, nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), j), l), m), o), r), şi s) se va

diminua contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi constatarea în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor medicale paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare furnizor, după caz.

(5) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 15 Contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale paraclinice nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării a oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), i), k), n), p), t) şi w) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), h 1), j), l), m), o) şi s);

h) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. ae); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează

numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;

i) refuzul furnizorului de servicii medicale paraclinice de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

j) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract;

k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative menţionate la art.7 lit. ad);

l) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi a obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. q), x), y), z), ac), ag), ah) şi ai).

m) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzută la art. 14 alin. (1), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 14 alin. (2); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 14 alin. (1) de câte 3 ori pe an pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 14 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

ART. 16 (1) Contractul încetează la data la care a intervenit una dintre situaţiile următoare:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale paraclinice îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale paraclinice după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratoarelor medicale individuale;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare

a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sănatate a încetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurări de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrata/înregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfăşoară activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta înregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relaţiei contractuale, în cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice se suspendă ła data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ak) din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei al medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale, aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie;

e) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor;

f) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale paraclinice a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care

aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. e), j), condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. f) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. i) a art. 7, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 15 lit. g) - pentru nerespectarea prevederilor de la lit. e), f) şi s) ale art. 7 - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 15 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător. Prevederile art. 16 şi 17 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare, se aplică societăţii comerciale furnizoare de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

ART. 19 (1) Situaţiile prevăzute la art. 15 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de ~~3~~ 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau, de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	
.....	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile paraclinice depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- codul de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ..... sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, ...,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;

- certificatul de membru al OAMGMAMR pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului,

- certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor

- programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru, programul de personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor

- avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;

- certificat de acreditare nr. ....., în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 17025 / SR EN ISO/CEI 15189, însoţit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – analize de laborator.

- certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România nr. ....., pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie şi imagistică medicală

- dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale nr. .....,

- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 B) …….

- documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme, precum şi următoarele documente.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 14

CONTRACT DE FURNIZARE

de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- cabinetul medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare:

- cabinetul individual ....., reprezentat prin medicul dentist/dentistul titular .....;

- cabinetul asociat sau grupat ....., reprezentat prin medicul dentist delegat .....;

- societatea civilă medicală ....., reprezentată prin administrator .....;

- unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, ..., reprezentată prin .....;

- unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii, ..., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor, Construcţiilor şi Turismului, reprezentat prin ....., în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte

- Centrul de diagnostic şi tratament şi centru medical - unitate cu personalitate juridică ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail ....., reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia

III. Serviciile medicale de specialitate furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară acordă asiguraţilor serviciile de medicină dentară cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii de medicină dentară şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în următoarele specialităţi

a) .....
b) .....
c) .....
.....
ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de medicină dentară din ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară se face de către următorii medici dentişti/dentişti
1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
.....
.....

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 6 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică, în termen de max. 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de medicină dentară, suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor serviciilor medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii; Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

j) să acorde furnizorilor de servicii medicale de medicina dentara sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

2. să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct conform prevederilor Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia,

atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie

13. să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente

14. să asigure acordarea de servicii medicale de medicină dentară asiguraţilor, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament

15. să acorde servicii medicale de medicină dentară cu prioritate femeii gravide

16. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web

17. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

18. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale

19. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune

20. să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale

21. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor

22. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în normele metodologice de aplicare a acestuia

23. să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul

24. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul

25. să asigure acordarea serviciilor de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii;

26. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

27. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

28. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

29. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, după caz;

30. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform

reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

31. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

32. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 Modalitatea de plată în asistenţa medicală dentară din ambulatoriu este tarif pe serviciu de medicină dentară exprimat în lei

ART. 9 Decontarea serviciilor de medicină dentară se face pe baza tarifelor acestora şi în condiţiile prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în limita sumei contractate şi defalcate trimestrial şi lunar/cabinet, stabilită conform art. 11 din anexa nr. 8 la ordinul menţionat mai sus.

Suma anuală contractată este de ..... lei,
din care:
- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,
din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

ART. 10 (1) Decontarea serviciilor de medicină dentară se face lunar, în maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, la data de ..... , pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data de……..

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

La finele fiecărui trimestru suma contractată se regularizează conform art. 11 alin. (4) din anexa nr. 8 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de

Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic dentist din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

b) Medic dentist

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....

Specialitatea: .....

Codul de parafă al medicului: .....

Cod numeric personal: .....

Program zilnic de activitate ..... ore/zi

c) .....

.....

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile de medicină dentară furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale, partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 15 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru prevăzut în prezentul contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se diminuează contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează

a) la prima constatare cu 10%;

b) la a doua constatare cu 20%;

c) la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 19, 22 şi 23 se va diminua contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24, şi 25 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor de medicină dentară, aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1), (2) şi (3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumelor conform prevederilor alin. (1), (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 17, 18, 20, 21, 24 şi 25 precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) – cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 9.a), 11, 14, 15, 16, 19 şi 22;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

i) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 7 pct. 29 din prezentul contract ;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 15 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, precum şi pentru obligaţia prevăzută la art. art. 7 pct. 30 precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 15 alin.(3) .

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, sau în raza administrativ teritorială a casei de asigurări de sănătate limitrofă casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale de medicină dentară, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de medicină dentară sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relaţiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 pct. 31 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se

face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 20 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitatea medicină dentară, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai cu putinţă spiritului contractului.

ART. 23 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin .... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 24 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de medicină dentară în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII DE MEDICINĂ DENTARĂ
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei Economice,
.....
Director executiv al Direcţiei Relaţii Contractuale,
.....
Vizat
Juridic, contencios

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară nr…..

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii de medicină dentară în asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....,
- cont nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical, pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevazută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România (pentru fiecare medic dentist) nr. .....,
- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti nr. .....,
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....
- programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru,după caz, precum şi programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar ~~angajat~~ care îşi desfăşoară activitatea la furnizor
- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

ACT ADIŢIONAL pentru serviciile medicale paraclinice - pentru radiografia dentară retroalveolară şi panoramică efectuate de medicii de medicină dentară

Se întocmeşte după modelul contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice adaptat

ANEXA 15

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru unităţile sanitare ambulatorii de recuperare)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

Şi

- unităţile ambulatorii de de recuperare, medicină fizică şi balneologie aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, reprezentată prin .....;

- cabinetul medical de specialitate ....., organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 629/2001, republicată, reprezentat prin .....;

- societatea de turism balnear şi de recuperare, constituită conform Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, şi care îndeplineşte condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de recuperare, aprobată cu modificările şi completările ulterioare prin Legea nr. 143/2002 ....., reprezentată prin .....;

- ambulatoriul integrat din structura spitalului ....., inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti şi din reţeaua Ministerului Transporturilor şi Infrastructurii, reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal al unităţii sanitare din care face parte;

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ....., e-mail.....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare

ART. 2 Furnizorul acordă tipurile de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor, conform anexei nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al

preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, se face de către următorii medici:

1. .....;
2. .....;
3. ..... .

ART. 4 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie , acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor de sănătate, se acordă în baza biletului de trimitere de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul de specialitate din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 5 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 6 Durata prezentului contract se poate prelungi, prin acordul părţilor, pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 7 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

1. să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea, şi valoarea de contract inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

2. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

3. să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate ;

4. să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină

fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

5. să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare, întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului ; in cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

6. să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală, a unor materiale sanitare şi dispozitivele medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

7. să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă al medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

8. să deconteze contravaloarea serviciilor medicale numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

9. să deconteze serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

10. să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor de la art. 45 alin.(3) din Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

11. să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 8 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligaţii:

1. să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

2. să informeze asiguraţii cu privire la şi obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

3. să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

4. să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

5. să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare a sănătăţii potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

6. să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

7. să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

8. să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

9.a) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

9.b) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

10. să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

11. să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

12. să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

13. să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special, unic pe ţară şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul;

14. să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

15. să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

16. să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei

medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

17. să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

18. să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

19. să asigure acordarea asistenţei medicale necesare titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

20. să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

21. să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în normele metodologice de aplicare a acestuia;

22. să acorde servicii de asistenţă medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor cronice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidenţa distinctă la nivelul medicului de familie şi al medicului de specialitate din ambulatoriu, şi afecţiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare şi tratament pentru minimum 6 luni. Lista cuprinzând afecţiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale.

23. să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul de scrisoare medicală este prevăzut în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

24. să utilizeze pentru prescrierea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală şi după caz, a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a recomandărilor pentru investigaţii medicale paraclinice, numai formularele cu regim special aprobate, conform reglementărilor legale în vigoare, pentru cazurile pentru care s-au efectuat servicii medicale conform contractului încheiat;

25. să întocmească liste de prioritate pentru servicii medicale programabile, dacă este cazul;

26. să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

27. să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

28. să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

29. să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

30. să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţie medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

31. să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;

32. să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;

33. să raporteze în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi lunar mişcarea acestora;

34. să depună la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate.

35. să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

36. să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

37. să transmită rezultatul investigaţiilor medicale paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea se poate face şi prin intermediul asiguratului;

VI. Modalităţi de plată

ART. 9 Modalitatea de plată a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare-reabilitare în sistemul asigurărilor de sănătate, este tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe caz, exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 10 (1) Valoarea contractului rezultă din tabelul de mai jos:

Tipul serviciului	Numărul de servicii negociat (orientativ)	Tariful pe serviciu medical-consultaţie* / /caz* - lei -	Valoare
0	1	2	3 = 1 x 2
Servicii medicale - consultaţii			
Servicii medicale - cazuri			

* Tariful pe serviciu medical - consultaţie şi tariful pe serviciu medical - caz sunt cele prevăzute în anexa nr. 7 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie; în situaţia în care baza de tratament nu se află în structura reţelei sanitare din subordinea Ministerului Sănătăţii sau aparţine unor ministere cu reţele sanitare proprii, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultaţii şi numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie la nivelul tarifelor din anexa nr. 7 la ordin, diminuate cu contravaloarea cheltuielilor materiale necesare funcţionării şi administrării unităţilor, respectiv se acordă sumele reprezentând manopera, medicamentele şi materialele sanitare.

(2) Valoarea contractului pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, este de ..... lei.

ART. 11 (1) Decontarea lunară a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţile sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, se face pe baza numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de cazuri de recuperare, medicină fizică şi balneologie realizate şi a tarifelor pe serviciu medical – consultaţie şi a tarifului pe serviciu - medical - caz, în limita sumelor contractate, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse de furnizori la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea lunara a cazurilor finalizate se realizeaza la tariful contractat daca numarul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8.5. Pentru un numar mediu al zilelor de tratament realizat intr-o luna mai mic de 8.5 decontarea se face conform formulei:Tarif contractat (140 lei) x numar total zile realizate / 10 (numar mediu zile de tratament contractat)

În situaţia în care o cură de recuperare, medicină fizică şi balneologie se întrerupe, furnizorul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii şi numărul de zile efectuat faţă de cel recomandat. O cură de tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie întreruptă se consideră o cură finalizată.

Cura de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu se decontează în luna următoare celei în care a fost finalizată această cură.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră:

Suma anuală contractată este de ..... lei,

din care:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(3) Clauze speciale - se completează pentru fiecare cabinet medical*) şi fiecare medic de recuperare, medicină fizică şi balneologie din componenţa cabinetului medical cu care s-a încheiat contractul:

a) Medic

Nume: ..... Prenume: .....

Grad profesional: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
b) Medic
Nume: ..... Prenume: .....
Grad profesional: .....
Cod numeric personal: .....
Codul de parafă al medicului: .....
Program zilnic de activitate ..... ore/zi
c) .....
.....

---

*) În cazul cabinetelor din ambulatoriul integrat al spitalului, se va completa cu programul de lucru stabilit pentru cabinetele respective, precum şi cu datele aferente tuturor medicilor de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în sistem integrat.

ART. 12 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în unităţi sanitare ambulatorii de recuperare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie

ART. 13 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, furnizate în baza prezentului contract, trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 14 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 15 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar, se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 16 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, mari inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 17 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului

ART. 18 (1) În cazul în care se constată: nerespectarea programului de lucru stabilit conform prezentului contract, prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se diminuează contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%,

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 2, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 18, 21, 25 şi 26 se va diminua contravaloarea serviciilor de de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 8 pct. 1, 3, 10, 12, 13, 16, 17, 19, 20 şi 27 precum şi constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 30% contravaloarea serviciilor de recuperare, medicină fizică şi balneologie aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(4) Reţinerea sumelor conform prevederilor alin. (1) şi alin. (2) şi (3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) şi (2) şi (3) casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(6) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) şi (3) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1), (2) şi (3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(8) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 33, consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate;

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 8 pct. 1), 3), 10), 12), 13), 16), 17), 19), 20) şi 27) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

g) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 8 pct. 2), 5), 6), 7), 8), 9.a), 11), 14), 15), 18), 21) şi 26);

h) refuzul furnizorului de servicii medicale de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitarii scrise a organelor de control in ceea ce priveste documentele si termenele de punere la dispozitie a acestora;

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 45 alin. (5) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi art. 8 pct. 22), 23), 32) şi 37 din prezentul contract;

k) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori a măsurilor prevăzute la art. 18 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie, pentru obligaţia prevăzută la art. 8 pct. 24, precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzută la art. 18 alin.(3);

ART. 20 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 21 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sanatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundare / punctele de lucru, după caz.

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 8 pct. 35 din prezentul contract, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/ revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de direcţiile de sănătate publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia Colegiului teritorial al Medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de

asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract, care se află în această situaţie.

e) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, constată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 22 (1) Situaţiile prevăzute la art. 19 şi la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a2, a3, a4, a5 se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 20 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 23 Prezentul contract poate fi reziliat de către părţile contractante datorită neîndeplinirii obligaţiilor contractuale, sub condiţia notificării intenţiei de reziliere cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte rezilierea.

XI. Corespondenţa

ART. 24 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct, la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 25 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 26 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 27 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 28 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei Relaţii contractuale,
.....

Vizat
Juridic, Contencios

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;
- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. ....., sau codul numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal .....;
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului, ...;
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;
- programul de lucru al furnizorului;
- lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
- copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor nr. .....,
- certificat de membru al Colegiului Medicilor din România (pentru fiecare medic) nr. .....;
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii nr. .....;

- certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar valabil la data încheierii contractului,

- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar,

- lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;

- declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate (modelul din anexa nr. 8 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare).

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 16

PACHET DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază

A. Servicii medicale spitaliceşti pentru patologia care necesită internare în condiţiile prevăzute la art. 61 alin. (3) lit. a) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

B. Servicii medicale spitaliceşti care nu necesită internarea, prestate în regim de spitalizare de zi. Un serviciu medical spitalicesc prin spitalizare de zi reprezintă totalitatea investigaţiilor, tratamentelor şi procedurilor medicale acordate pentru rezolvarea unui caz.

1. În unităţile spitaliceşti, tipurile de servicii medicale ce pot fi furnizate în regim de spitalizare de zi sunt:

1.1. servicii medicale prezentate la pct. 2 lit. a) – o);

1.2. servicii medicale - caz rezolvat pentru situaţiile care nu necesită spitalizare continuă, altele decât cele prevăzute la pct. 1.1 şi care sunt acordate de către medicii din unităţile sanitare cu paturi în cadrul programului normal de lucru, inclusiv monitorizarea bolilor cronice pentru care aprobarea unor medicamente se realizează prin comisiile organizate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în acest scop, precum şi serviciile acordate de către medicii din camerele de gardă şi din structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, în cadrul programului normal de lucru; tariful pe caz rezolvat este cel negociat de casele de asigurări de sănătate cu unităţile spitaliceşti, conform notei de fundamentare a tarifului completată prin utilizarea modelului prevăzut în anexa nr. 16 A la ordin.

Pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, care nu necesită internare prin spitalizare continuă, se întocmeşte o fişă pentru spitalizare de zi după modelul prevăzut în anexa nr. 3 la Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1706/2007 privind conducerea şi organizarea unităţilor şi compartimentelor de primire a urgenţelor, cu modificările şi completările ulterioare.

2. Serviciile medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi ce se pot acorda în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii, sunt cele prevăzute la punctul 1.2, precum şi serviciile medicale de mai jos cu tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, aferente:

	Tarif maximal decontat de casa de asigurări de sănătate (lei/serviciu medical)	
a) - Radioterapie		
1. Radioterapie cu ortovoltaj /kilovoltal	29	lei/şedinţă
2. Radioterapie cu megavoltaj - cobaltoterapie	144	lei/şedinţă
3. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 2 D	180	lei/şedinţă
4. Radioterapie cu megavoltaj - accelerator liniar 3 D	320	lei/şedinţă
5. Brahiterapie	302	lei/şedinţă
b) - Chimioterapie*)	48,50/şedinţă	
c) - Litotritie	350,00/şedinţă	
d) - Implant de cristalin**)	247,54	
e) - Întrerupere de sarcină cu recomandare medicală	28,93	
f) - Servicii medicale de oftalmologie:		
- evisceraţie, orjelet, glaucom, pterigion, entropion, strabism, crioaplicaţie, electrorezecţie	48,57	
g) - Servicii medicale ortopedie:		
- halux valgus, artroscopie genunchi, chist sinovial, Dupuytren, bursită genunchi, bursită cot, ruptură chist sinovial picior, secţiune tendoane picior, secţiune tendoane mână, amputaţie deget mână, chist sinovial picior	128,66	
h) - Servicii medicale ORL:		
- rezecţie septală, amigdalectomie, adenoidectomie, excizie formaţiune tumorală, polipectomie nazală	116,15	
i) - Servicii medicale flebologie (operaţie flebologie)	92,09	
j) - Anestezie (numai ca urmare a unui serviciu medical prevăzut la pct. B):		
- rahianestezie	239,38	
- anestezie generală inhalatorie	158,11	
- anestezie de contact şi infiltraţie	46,06	
- anestezie locoregională de infiltraţie	114,99	
- anestezie locală	16,63	
- anestezie generală	300,00	
k) - Chirurgie maxilo-facială/chirurgie orodentară		
Odontectomie (molar inclus, molar semiinclus, canin inclus, canin semiinclus), regularizare creastă hemiarcadă, tratament hiperostoză tuberozitară	86,80	
Tratamentul hiperplaziei mucoasei tuberozitare, excizia hiperplaziei de mucoasă, extirparea formaţiunilor tumorale (osoase - de părţi moi), adâncirea şanţului vestibular sau lingual, superior sau inferior, alveoloplastie, rezecţie apicală cu obturaţie/fără obturaţie, amputaţie radiculară, premolarizare, metoda chirurgicală ortodontică (tunelizare)		
- dinţi ectopici, dinţi din focarul de fractură, excizia bridelor	57,87	
- operaţie cu lambou	190,95	
- corecţie fren, infiltraţie trigeminală	26,62	
l) - amniocenteză***)	900,00	
m) - biopsie de vilozităţi coriale***)	700,00	
n) - Servicii de mică chirurgie: tumorete, lipoame, plăgi, abcese, chisturi	128,66	
o) - monitorizare bolnavi HIV/SIDA*)	200/lună/pacient	
Notă: pentru pacienţii la care se monitorizează rezistenţa la tratamentul retroviral, tariful maximal este de 350 lei/lună/pacient		

---

*) Tariful nu cuprinde medicamentele specifice nominalizate prin programul naţional cu scop curativ şi suportate din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ.

**) Tariful nu cuprinde contravaloarea lentilei intraoculare.

***) Biopsia de vilozităţi coriale se decontează la gravide în trimestrul I de sarcină, iar amniocenteza la gravide în trimestrul II de sarcină, efectuată numai de către medicii de specialitate obstetrică ginecologie cu supraspecializare în medicină fetală şi include şi prelucrarea probelor prelevate.

NOTĂ:

1. Tarifele cuprind toate cheltuielile aferente serviciului medical (cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare, investigaţii medicale paraclinice, cheltuieli privind pregătirea sălii de operaţie, precum şi cheltuieli indirecte).

2. Pentru stabilirea diagnosticului pot fi recomandate servicii medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie. Serviciile medicale de înaltă performanţă: CT, RMN, scintigrafie, angiografie se decontează în următoarele condiţii:

- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare;
- urgenţe medico-chirurgicale majore, după cum urmează:

Explorări computer-tomograf (CT)

1. politraumatisme cu afectare scheletală multiplă, cu dilacerare de părţi moi şi/sau afectare de organe interne
2. monotraumatisme:
- cranio-cerebrale
- coloană vertebrală
- torace
- abdomino-pelvine
- fracturi cominutive şi/sau deschise cu interesare de vase ale extremităţilor
3. hemoragii interne (după stabilizarea funcţiilor vitale)
4. accidente cerebro-vasculare acute şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical
5. insuficienţă respiratorie acută prin suspiciune de embolie pulmonară
6. urgenţe abdomino-pelvine netraumatice (de ex. pancreatită acută, peritonită, ocluzie intestinală, ischemie mezenterică, anevrism aortic etc.)
7. meningo-encefalită acută
8. stări comatoase

Examenul CT va înlocui examenul RMN la asiguraţii cu contraindicaţii (prezenţă de stimulatoare cardiace, valve, corpi străini metalici, sarcină în primele 3 luni)

Explorări prin rezonanţă magnetică nucleară (RMN)

1. traumatisme vertebro-medulare
2. accidente vasculare cerebrale şi afecţiuni ale aortei, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, nevizualizate CT
3. patologia oncologică indiferent de localizare
4. necroza aseptică de cap femural
5. urgenţe în patologia demielizantă (nevrita optică; parapareze brusc instalate)

Examenul RMN va înlocui examenul CT la asiguraţii cu contraindicaţii (insuficienţă renală, insuficienţă cardiacă severă, sarcină, alergie la substanţele de contrast iodate)

Explorări scintigrafice

1. tromboembolismul pulmonar
2. accidente coronariene acute
3. accidentul vascular cerebral ischemic acut, în primele 24 - 72 de ore, cu justificare din punct de vedere medical, cu aspect CT neconcludent

Explorări angiografice:

- afecţiuni vasculare indiferent de localizare

CAPITOLUL II Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală spitalicească

În situaţia în care pacientul nu poate dovedi achitarea la zi a contribuţiei datorate la fond, spitalul acordă serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă având obligaţia să

evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către acesta.

Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale sunt:

- situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.

CAPITOLUL III Pachet de servicii medicale spitaliceşti pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

- urgenţe medico-chirurgicale în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
- boli cu potenţial endemo-epidemic până la rezolvarea completă a cazului.
- tratamentul bolnavilor psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare sau internare obligatorie;
- naşterea;
- diagnosticul şi tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu.

ANEXA 16 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz/serviciu pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi.

1. Statul de personal
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12.2010
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010 valabilă la 31.12.2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Lista investigaţiilor paraclinice/serviciilor medicale clinice - consultaţii interdisciplinare, efectuate în alte unităţi sanitare: nr., tipul, valoare şi nr. de bolnavi internaţi pentru care au fost efectuate aceste servicii.
5. Pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi, la fundamentarea tarifului pe caz / serviciu se prezintă şi lista serviciilor medicale necesare pentru rezolvarea cazului / serviciului medical
6. Stocul de medicamente, materiale sanitare şi reactivi la 01.01. 2010 şi la 31.12.2010.
7. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011, pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	

Spor de vechime	10.01.04	
Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi	20.01.30	

funcţionare		
Reparaţii curente	20.02	
Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrana	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	

Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare secţie/compartiment pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, pe bază de tarif pe zi de spitalizare şi pentru fiecare structură de spitalizare de zi pentru care plata serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi se face pe caz / serviciu medical.

MANAGER ..... DIRECTOR MEDICAL ..... DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL .....

ANEXA 16 B

DESFĂŞURĂTORUL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE PENTRU CARE SPITALUL NU DEŢINE DOTAREA NECESARĂ SAU APARATURA EXISTENTĂ ÎN DOTAREA ACESTUIA NU ESTE FUNCŢIONALĂ) ŞI AL CONSULTAŢIILOR INTERDISCIPLINARE, EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE, PE BAZA RELAŢIILOR CONTRACTUALE STABILITE ÎNTRE UNITĂŢILE SANITARE (CONFORM ART. 72 DIN CONTRACTUL-CADRU)

UNITATEA SANITARĂ CU PATURI .....
LOCALITATEA .....
JUDEŢUL .....
CONTRACT ÎNCHEIAT CU CAS. NR. .....

1. DESFĂŞURĂTORUL LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile medicale paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Număr investigaţii paraclinice efectuate	Tarif/investigaţie paraclinică contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4
TOTAL			X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări

2. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE PARACLINICE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile paraclinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul investigaţiei paraclinice efectuate	Nr. investigaţii paraclinice	Tariful investigaţiei efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4*C5
Subtotalul investigaţiilor paraclinice efectuate pe un CNP				X	
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale paraclinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 1.

Total col. C6 = total col. C5 din tabelul de la pct. 1.

3. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate	Număr consultaţii interdisciplinare efectuate	Tarif/consultaţie interdisciplinară contractat (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5=C3xC4

TOTAL		x	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

4. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR MEDICALE CLINICE - CONSULTAŢII INTERDISCIPLINARE EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, ÎN ALTE UNITĂŢI SANITARE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea sanitară care a furnizat serviciile clinice*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul consultaţiei interdisciplinare efectuate*)	Nr. consultaţii interdisciplinare	Tariful consultaţiei interdisciplinare efectuate (lei)	Sume decontate (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6=C4xC5
Subtotalul consultaţiilor inter-disciplinare din specialităţile clinice efectuate pe un CNP				x	
...					
...					
TOTAL					

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate sanitară care a furnizat servicii medicale clinice pentru pacienţii internaţi în unitatea sanitară cu paturi care întocmeşte aceste raportări.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 3

Total col. C6 = tot. col. C5 din tabelul de la pct. 3

5. DESFĂŞURĂTOR LUNAR AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE

LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr.	Tipul	Număr servicii	Nr. km.	Tarif/km	Sumă

crt.	serviciului de transport interspitalicesc	de transport interspitalicesc	aferenti serviciilor	(lei)	(lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6 = C4 x C5
TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

6. DESFĂŞURĂTORUL PE C.N.P. AL SERVICIILOR DE TRANSPORT INTERSPITALICESC EFECTUATE PENTRU PACIENŢII INTERNAŢI, CARE NECESITĂ CONDIŢII SUPLIMENTARE DE STABILIRE A DIAGNOSTICULUI DIN PUNCT DE VEDERE AL CONSULTAŢIILOR ŞI INVESTIGAŢIILOR PARACLINICE LUNA ..... ANUL .....

Unitatea specializată care a furnizat serviciile de transport*1) ..... (date de identificare: denumire, adresă, nr. contract(e) cu casa (casele) de asigurări de sănătate dacă aceasta se află în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate)

Nr. crt.	CNP	Tipul serviciului de transport interspitalicesc	Număr servicii de transport interspitalicesc	Nr. km. aferenti serviciilor	Tarif/km (lei)	Sumă (lei)
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7 = C5 x C6
Subtotal pe un CNP					x	
..						
..						
	TOTAL				X	

*1) Tabelul de mai sus se va completa pentru fiecare unitate specializată care a furnizat servicii medicale de transport interspitalicesc.

Total col. C4 = tot. col. C3 din tabelul de la pct. 5

Total col. C7 = tot. col. C6 din tabelul de la pct. 5

Răspundem de realitatea şi exactitatea datelor

Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale,

.....

NOTĂ:

Desfăşurătoarele se întocmesc lunar în două exemplare, dintre care unul rămâne la reprezentantul legal, iar celălalt se depune la casa de asigurări de sănătate de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

În tabelele de la pct. 2, 4 şi 6, în coloana "c2", pentru cetăţenii străini se va completa numărul de identificare sau numărul cardului european/numărul paşaportului.

MANAGER DIRECTOR MEDICAL DIRECTOR FINANCIAR-CONTABIL

…… …….. ……..

ANEXA 17

CONDIŢIILE
acordării serviciilor medicale în unităţi sanitare cu paturi şi modalităţile de plată ale acestora

SPITALE

ART. 1 Serviciile medicale spitaliceşti de care beneficiază asiguraţii sunt: servicii medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă şi spitalizare de zi.

ART. 2 Serviciile medicale spitaliceşti se acordă sub formă de:

1. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - forma de internare prin care se acordă asistenţă medicală preventivă, curativă, de recuperare şi paliativă pe toată durata necesară rezolvării complete a cazului respectiv;

2. servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi - reprezintă o alternativă la spitalizarea continuă pentru pacienţii care nu necesită supraveghere medicală mai mare de 12 ore şi pot fi servicii medicale programabile sau neprogramabile.

ART. 3 Serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, fac obiectul unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti prevăzut în anexa nr. 20 la ordin.

Tarifele/servicii medicale se negociază pe baza propunerilor de oferte ale furnizorilor de servicii medicale, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu pot fi mai mari decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Tariful/caz rezolvat se negociază de unităţile sanitare cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful cel mai mic dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, aferent spitalelor aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 4 (1) Furnizarea de servicii medicale spitaliceşti se acordă în baza contractelor şi a actelor adiţionale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere următorii indicatori specifici spitalelor, după caz:

a) indicatori cantitativi - în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

1. număr de personal medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere şi numărul de posturi aprobate, potrivit legii;

2. număr de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

3. indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional şi în conformitate cu planul de paturi aprobat la nivel judeţean stabilit prin ordin al ministrului sănătăţii; indicele mediu de utilizare a paturilor la nivel naţional luată în calcul la stabilirea capacităţii maxime a spitalelor, în funcţie de clasificarea acestora este de 294,7 zile.

4. număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional pe tipuri de solicitare;

5. durată optimă de spitalizare / durata de spitalizare efectiv realizată / durată medie de spitalizare la nivel naţional în secţiile pentru afecţiuni acute, după caz;

6. număr de cazuri externate - spitalizare continuă, calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, potrivit structurii organizatorice a spitalului aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii şi normativelor în vigoare, pe secţii şi compartimente;

7. indice de complexitate a cazurilor;

8. număr de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi şi număr cazuri rezolvate pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi;

9. numărul şi tipul investigaţiilor paraclinice estimate a se realiza de către spitale, în regim ambulatoriu;

10. tarif pe caz rezolvat (DRG);

11. tarif mediu pe caz rezolvat;

12. tarif pe serviciu medical, respectiv tarif pe caz rezolvat.

13. tarif pe zi de spitalizare.

b) indicatori calitativi:

1. gradul de complexitate a serviciilor medicale spitaliceşti acordate în funcţie de morbiditatea spitalizată, de dotarea spitalului cu aparatură şi de încadrarea cu personalul de specialitate;

2. infecţii nosocomiale raportate la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

3. gradul de operabilitate înregistrat pe secţiile/compartimentele de specialitate chirurgicală, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

4. mortalitatea raportată la numărul total de externări, conform indicatorilor asumaţi prin contractul de management;

5. numărul de cazuri de urgenţă medico/chirurgicală prezentate în structurile de urgenţă (camere de gardă), din care numărul cazurilor internate;

6. gradul de realizare a indicatorilor de management contractaţi pentru anul 2010 , sau pentru perioada corespunzătoare, după caz.

(2) Spitalele vor prezenta caselor de asigurări de sănătate, în vederea contractării, nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manager interimar.

(3) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu spitalele contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti luând în calcul numărul maxim de paturi, în condiţiile prevederilor Hotărârii de Guvern privind aprobarea Planului naţional de paturi pentru perioada 2011 – 2013

(5) Cazurile internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă vor fi codificate la externare conform reperelor prevăzute la literele A şi B ale cap.I din anexa nr. 21 la ordin.

ART. 5 (1) Valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate se constituie din următoarele sume, după caz:

a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti ,pentru afecţiunile acute, a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru spitalele finanţate în sistem DRG, respectiv tarif mediu pe caz rezolvat pentru spitalele non-DRG, se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x indice case-mix Rovi DRG 2011 x tarif pe caz ponderat pentru anul 2011,

respectiv

- număr de cazuri externate x tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

La calculul acestei sume se vor avea în vedere:

a1) Suma maxima posibil de contractat (Sp) în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă .

La calcularea formulei prevăzute în alin.(1) al art. 3 din anexa la Ordinul 862/547/2011, numărul de paturi aprobate şi contractabile după aplicarea prevederilor Planului Naţional de Paturi se stabileşte, de către o comisie formată din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate şi ai direcţiei de sănătate publică / direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie.

Pentru anul 2011, numărul de cazuri externate calculat conform formulei prevăzute în alin.(1) al art. 3 din anexa la Ordinul 862/547/2011 nu poate fi mai mare decât numărul mediu lunar de cazuri externate şi validate în anul precedent x 7 luni.

a2) Suma minimă contractată (Sm) de fiecare spital cu casa de asigurări de sănătate, pentru servicii de spitalizare continuă pentru afecţiuni acute, în funcţie de categoria în care este clasificat spitalul, calculată în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate in contractare în formulele de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

a3) Suma suplimentară (Ss) ce poate fi contractată peste cea minimă, la nivelul fiecărui spital, în limita fondurilor disponibile la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (4) se stabileşte luând în calcul:

număr cazuri externate în anul 2010 (calculat ca număr mediu lunar de cazuri externate şi validate în anul 2010 x 7 luni) x (ICM x TCP, în anul 2011) pentru fiecare spital. Nu se reduc cazurile de urgenta estimate a se interna luând in calcul datele ultimilor 3 ani.

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4) Număr de cazuri externate ce poate fi contractat:

La negocierea numărului de cazuri externate pe spital şi pe secţie se vor avea în vedere:

a4.1- numărul de cazuri externate calculat la suma minimă = Sm / (ICMxTCP aferente fiecărui spital); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate.

a4.2. Număr de cazuri externate suplimentar contractat / spital = (Suma suplimentară contractată / (ICM x TCP aferente spitalului şi prevăzute în Anexa 17A)); rezultatul se rotunjeşte la număr întreg (în plus).

Pentru spitalele non-DRG sau nou intrate în contracatare în formula de mai sus ICM-ul şi TCP-ul se înlocuiesc cu media ponderată calculată la tariful mediu pe caz rezolvat negociat pe specialităţi şi la numarul de cazuri externate pe fiecare specialitate ţinând cont de valoarea procentului de referinţă pentru categoria în care se clasifică spitalul, în conformitate cu prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienţi acuţi, pe baza clasificării spitalelor în funcţie de competenţă.

a4.3. Numărul anual de cazuri externate negociat şi contractat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital se ţine seama şi de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele organizează şi raportează trimestrial evidenţa acestor indicatori, caselor de asigurări de sănătate şi direcţiilor de sănătate publică.

a5) Indicele de case-mix RoVi DRG 2011 se calculează pentru fiecare spital pe baza numărului şi a tipurilor de cazuri raportate în perioada 1 ianuarie 2011 - 30 aprilie 2011. Numărul de cazuri ponderate se obţine prin înmulţirea numărului negociat de cazuri externate cu indicele de case-mix.

Indicele de case-mix este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin.

a6) Tariful pe caz ponderat pentru anul 2011 este prezentat în anexa nr. 17 A la ordin şi se stabileşte pentru fiecare spital.

Lista cuprinzând categoriile majore de diagnostice, tipurile de cazuri ce sunt decontate (grupele de diagnostice, valorile relative, durata medie de spitalizare la nivel naţional, limitele superioare şi inferioare ale intervalului de normalitate al duratei de spitalizare pentru fiecare grupă de diagnostic, mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI - naţional, precum şi definirea termenilor utilizaţi) sunt prevăzute în anexa nr. 17 B la ordin.

În situaţia în care unul din spitalele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri sau îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor de la lit. b);

a7) Tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi

Tariful mediu pe caz rezolvat se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului şi indicatorul cost mediu cu medicamentele pe caz externat pe anul 2010 şi sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la ordin.

În situaţia în care unul din spitale are în structură secţii/compartimente de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri şi îngrijiri paliative, contractarea acestor servicii se efectuează conform prevederilor lit. b).

b) suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

- număr de cazuri externate x durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata efectiv realizată x tariful pe zi de spitalizare

1. Numărul de cazuri externate

Numărul de cazuri externate pe spitale/secţii/compartimente se negociază în funcţie de:

- media cazurilor externate în ultimii 5 ani la nivelul spitalului (ţinându-se cont de modificările de structură aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz) şi al judeţului;

- cazurile estimate a fi externate pe spital şi pe secţie în anul 2011, în funcţie de numărul de paturi aprobat, de rata medie de utilizare a paturilor la spitalul/secţia/compartimentul respectiv şi de durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată, pentru secţiile/compartimentele unde aceasta a fost mai mică decât cea optimă, dar nu mai mică de 75% faţă de aceasta, cu respectarea prevederilor art. 4 alin. (1) lit. a), după caz.

Numărul anual de cazuri externate negociat se defalcă pe trimestre. La stabilirea numărului de cazuri externate contractate pe spital/secţie/compartiment se ţine seama de modul de realizare a indicatorilor calitativi din anul precedent; în acest scop, spitalele vor ţine evidenţa acestor indicatori.

2. Durata optimă de spitalizare stabilită de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii pe secţii este valabilă pentru toate categoriile de spitale şi este prevăzută în anexa nr. 19 la ordin. Pentru secţiile/spitalele de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani) se ia în considerare durata medie de spitalizare efectiv realizată în anul precedent.

3. Tariful pe zi de spitalizare pe secţie/compartiment se negociază pe baza tarifului pe zi de spitalizare propus de fiecare spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente fiecărui tip de spital, cu încadrarea în sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti. Tarifele pe zi de spitalizare negociate nu pot fi mai mari decât tarifele maximale prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

4. Pentru secţiile medicale, numărul de cazuri externate, obţinut în condiţiile prevăzute mai sus, se poate diminua prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, cu numărul de internări corespunzătoare anului 2010 pentru care nu se justifică internarea.

Pentru situaţiile în care se constată reinternarea cazului externat, pentru patologie de acelaşi tip, în termen de 48 de ore de la externare, numărul de cazuri externate care pot fi contractate se diminuează corespunzător.

5. Casele de asigurări de sănătate contractează servicii medicale paliative în regim de spitalizare continuă dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu.

Suma aferentă serviciilor medicale paliative se stabileşte astfel:

Număr de paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat. Tariful pe zi de spitalizare negociat nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzute în anexa nr. 17 C la ordin.

c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, finanţată din fondul alocat pentru programul naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model este prevăzut în

normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinete de boli infecţioase, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, conform anexei nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, finanţată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin;

g) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat şi care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;

- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.

- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale.

Suma contractată de către spital pentru servicii de spitalizare de zi, nu poate depăşi 25% din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, astfel:

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mari de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2011, în limita a maxim 25%, cu excepţia unităţilor sanitare de monospecialitate, care derulează programe naţionale de sănătate.

- pentru spitalele care în anul 2010 au realizat valori ale indicatorilor contractaţi în regim de spitalizare de zi şi care au fost decontate de către casele de asigurări de sănătate, mai mici de 25% faţă de valoarea decontată pentru indicatorii realizaţi în regim de spitalizare continuă, casele de asigurări contractează indicatori pentru activitatea de spitalizare de zi pentru anul 2011, cu creştere de maxim 5% peste valoarea anului 2010, dar fără a depăşi 25% din valoarea totală contractată pentru spitalizare continuă.

(2) Sumele de la lit. c) şi d) ale alin. (1) sunt prevăzute în contracte distincte. Sumele de la lit. e) şi f) ale alin. (1) sunt prevăzute distinct în actele adiţionale la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat.

Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor, sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă, şi sunt decontate prin tarif pe caz rezolvat. Numărul de cazuri şi tariful aferent acestora se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidenţiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 6 (1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de către unităţile sanitare cu paturi şi de către furnizorii de servicii medicale - investigaţii paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferenţa de 6% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:

a) 5% pentru:

- decontarea serviciilor prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru,
- decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75 din Contractul-cadru,
- decontarea sumelor reprezentând depăşirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele de urgenţă
- alte situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, după caz.

b) 1% pentru complexitate suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor / compartimentelor de terapie intensivă. Suma se alocă numai spitalelor care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii:

- prezenţa permanentă a cel puţin unui medic în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă
- prezenţa permanentă a unui număr corespunzător de personal mediu sanitar, conform prevederilor legale în vigoare, în cadrul secţiei/compartimentului de terapie intensivă
- consum de medicamente de minimum 5% din totalul bugetului stabilit pentru secţia/compartimentul de terapie intensivă
- consum de materiale sanitare cu cel puţin 50% peste media consumului de materiale sanitare la nivelul spitalului

Suma alocată trimestrial fiecărui spital care îndeplineşte criteriile de mai sus, se stabileşte conform următoarei formule:

Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG în sectia /compartimentul de terapie intensiva a spitalui / Total zile de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG la nivel tuturor spitalelor aflate in contract cu o casa de asigurari de sanatate pentru sectiile/compartimentele de terapie intensiva x Suma reprezentând 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor.

Zilele de spitalizare peste mediana fiecărei grupe DRG din sectiile/compartimentele de terapie intensiva pentru fiecare spital se pun la dispozitia caselor de asigurari de sanatate

trimestrial de catre de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti.

Spitalele evaluează pacienţii atât la intrarea cât şi la ieşirea din compartimentele/secţiile TI, în conformitate cu sistemul de punctaj APACHE 2, astfel:

Sistemul de punctaj, APACHE-2

Variabile fiziologice

Variabile	Punctaj								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectală (°C)	>41	39.0-40.9		38.5-38.9	36.0-38.4	34.0-35.9	32.0-33.9	30.0-31.9	<29.9
Mijloc BP (mm Hg)	>160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49
Ritmul inimii (bătăi/min)	>180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	<39
Rata respiraţiei (respiraţii/min)	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
Oxigenare (kPa)*:									
FiO_2>50% A-aDO_2	66.5	46.6-66.4	26.6-46.4		<26.6				
FiO_2 <50% PaO_2					>9.3	8.1-9.3		7.3-8.0	<7.3
pH arterial	>7.7	7.60-7.59		7.50-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.15
Serum sodium (mmol/l)	>180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<110
Serum potassium (mmol/l)	>7	6.0-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3.0-3.4	2.5-2.9		<2.5
Serum creatinine (µmol/l)	>300	171-299		121-170	50-120		<50		
Total volum celule (%)	>60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Număr de leucocite ($\times 10^9$/l)	>40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1

Alte variabile:
- Scala de comă Glasgow
- Vârsta
- Boli cronice
- Statut chirurgical

ART. 7 Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2011 cu destinaţia servicii medicale spitaliceşti, inclusiv sumele care nu au fost contractate iniţial, se contractează de către casele de asigurări de sănătate prin acte adiţionale la contractele iniţiale pentru anul 2011. Casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere la repartizarea fondurilor suplimentare atât prevederile Ordinului comun al ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 862/547/2011, cât şi indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, care au stat la baza stabilirii valorii iniţiale de

contract/actelor adiţionale, precum şi nivelul de realizare a indicatorilor specifici în limita celor contractaţi în perioada de la începutul anului şi până la sfârşitul lunii anterioare celei în care se semnează actul adiţional, dar fără a se depăşi suma ce poate fi contractată în funcţie de capacitatea maximă de funcţionare a fiecărui spital.

ART. 8 Sumele pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi de unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să efectueze aceste servicii şi care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, se determină prin înmulţirea numărului de servicii medicale spitaliceşti/cazuri rezolvate cu tarifele negociate aferente acestora. Tarifele sunt stabilite conform prevederilor art. 3.

ART. 9 (1) Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele se face după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în spitale a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (DRG), decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate şi raportate de către spital, din care se scad cazurile nevalidate în luna anterioară (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- indicele de case-mix prevăzut în anexa nr. 17 A la ordin;
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011.

2. Regularizarea trimestrială în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul total de cazuri externate, raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. (Validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate); numărul de cazuri astfel nu poate depăşi un număr maxim de cazuri calculat la capacitatea maximă de funcţionare a spitalului, raportată la prevederile art. 4 alin. (1) lit. a).
- indicele de case-mix realizat pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, dar nu mai mare decât cel stabilit pentru anul 2011, prin anexa nr.17 A la ordin.
- tariful pe caz ponderat stabilit pentru anul 2011;
- coeficientul k al cazurilor extreme (ca durată de spitalizare). Acest coeficient se calculează trimestrial de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, pe baza cazurilor externate raportate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv. Modalitatea de calcul al coeficientului k este prevăzută în anexa nr. 17 B la ordin.

În situaţia în care numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăşi 25% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă, numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce depăşeşte numărul de cazuri ponderate contractat se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor

rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractate, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de cazuri ponderate realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de cazuri ponderate, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se poate accepta la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de cazuri ponderate ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful pe caz ponderat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective şi în condiţiile art. 5 alin. (1) lit. ~~h)~~ g);

b) serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici, de psihiatrie cronici cu internări obligatorii pentru bolnavii psihici încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi internările dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), recuperare pediatrică - distrofici, neonatologie - prematuri mici şi foarte mici şi TBC, serviciile medicale spitaliceşti se decontează lunar de către casele de asigurări de sănătate în funcţie de numărul de zile de spitalizare efectiv realizat în luna pentru care se face decontarea, fără a se depăşi durata optimă pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă, şi de tarifele pe zi de spitalizare negociate.

Trimestrial se fac regularizări şi decontări în limita sumei contractate în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);
- durata optimă de spitalizare pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă astfel: durata optimă dacă durata efectiv realizată este mai mare decât durata optimă şi durata efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă;
- durata efectiv realizată pentru situaţiile la care nu este prevăzută durată optimă;
- tariful pe zi de spitalizare negociat.

În situaţia în care numărul de cazuri externate este mai mare decât numărul cazurilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare această depăşire dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea

posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă creşterea numărului de cazuri realizate se regăseşte în reducerea numărului de cazuri contractate din alte spitale/secţii din judeţul respectiv, iar această depăşire se încadrează în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective.

Serviciile medicale pentru care plata se face pe bază de tarif pe zi de spitalizare se decontează ţinându-se seama de durata optimă de spitalizare/durata efectiv realizată, după caz; în situaţia în care asiguratul este transferat în aceeaşi unitate sanitară, de la o secţie la alta de acelaşi profil, spitalul va raporta în vederea decontării un singur caz rezolvat, luându-se în calcul durata optimă de spitalizare pentru specialitatea respectivă. În cazul spitalelor/secţiilor de psihiatrie cronici pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihici prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), decontarea se face în funcţie de durata de spitalizare efectiv realizată.

Pentru monitorizarea eficienţei managementului de spital, a utilizării judicioase a fondurilor alocate, în cadrul regularizării trimestriale, casele de asigurări de sănătate au în vedere corelarea corespunzătoare a indicatorilor contractaţi şi realizaţi pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, cu rezultatele analizei trimestriale efectuată de către ordonatorul de credite ierarhic superior şi transmisă în acest scop caselor de asigurări.

Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale paliative în regim de spitalizare, în funcţie de numărul de zile de spitalizare realizat în limita numărului de zile de spitalizare contractat şi de tariful pe zi de spitalizare negociat între casele de asigurări de sănătate şi unităţile sanitare cu paturi;

c) serviciile medicale spitaliceşti, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la ordin, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, după caz ca structuri distincte în structura spitalelor) din spitalele de cronici şi de recuperare, decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:

- numărul de cazuri externate realizate şi validate (validarea şi invalidarea se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat, aferent serviciilor medicale spitaliceşti pentru patologie care necesită internare prin spitalizare continuă.

2. Regularizarea trimestrială, în limita sumei contractate, se face în funcţie de:

- numărul de externări realizate şi validate pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv (validarea şi invalidarea cazurilor externate raportate se fac de către Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate);

- tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi negociat,

În situaţia în care numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, este mai mic decât cel contractat, iar numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi a crescut, dar fără a depăşi 25% din valoarea contractată pentru servicii în regim de spitalizare continuă numărul de cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi ce

depăşeşte numărul de cazuri externate contractate se decontează la tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat, majorat cu 5%, cu încadrarea în valoarea de contract.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mici decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi, decontarea se face la nivelul realizat.

În situaţia în care atât numărul de externări realizat, corespunzător patologiei care necesită internare în regim de spitalizare continuă, cât şi cel corespunzător cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi sunt mai mari decât numărul de externări, respectiv cazuri rezolvate/servicii medicale efectuate în regim de spitalizare de zi contractat, se acceptă la decontare o depăşire de maximum 5% atât a numărului de externări ce se vor deconta la un tarif care reprezintă 50% din tariful negociat, cât şi a cazurilor rezolvate/serviciilor medicale efectuate în regim de spitalizare de zi. Casele de asigurări de sănătate pot accepta la decontare aceste depăşiri dacă spitalul/secţiile a/au luat decizia de creştere a numărului de internări, după epuizarea posibilităţii de înscriere pe listele de aşteptare a cazurilor programabile, şi dacă această creştere se regăseşte ca economii înregistrate la sumele care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti la alte spitale/secţii din judeţul respectiv, cu încadrarea în fondurile alocate asistenţei medicale spitaliceşti la nivelul caselor de asigurări de sănătate respective şi în condiţiile art. 5 alin. (1) lit. g);

d) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor în limita sumei prevăzute în program pentru medicamente şi materiale sanitare specifice;

e) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor în limita sumelor contractate cu această destinaţie;

f) suma pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, cabinete de boli infecţioase şi în cabinete de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinete medicale de specialitate din ambulatoriul integrat ale spitalului, decontată din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 8 la ordin, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru;

g) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontată din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti, stabilită conform prevederilor din anexa nr. 8 la ordin, în limita sumei contractate;

h) suma pentru serviciile medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz rezolvat, în limita sumei contractate ~~şi~~ care se determină prin înmulţirea numărului negociat şi contractat de servicii medicale spitaliceşti pe tipuri/cazuri rezolvate cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tarifele maximale decontate de casele de asigurări de sănătate, prevăzute în anexa nr. 16 la ordin.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate atât pentru spitalizare continuă cât şi pentru spitalizare de zi, tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv (pentru spitalele finanţate în sistem DRG);
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate (pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi).
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tariful mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale."

NOTĂ:

Numărul de cazuri rezolvate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, si neinternate, pe care le decontează casele de asigurări de sănătate nu poate depăşi numărul de cazuri internate prin spitalizare continuă ca şi cazuri de urgenţă pentru care se face dovada unor intervenţii diagnostice şi terapeutice, necesare rezolvării cazurilor respective.

(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.

(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat, cu excepţia situaţiilor în care comisia de analiză a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, pentru patologie de acelaşi tip într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat (DRG), din tariful mediu pe caz rezolvat cu excepţia situaţiilor în care comisia de revalidare a cazurilor constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate constată că sunt acoperite peste 80% din îngrijirile corespunzătoare tipului de caz conform codificării.

(5) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Art. 10 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate:

a) cheltuielile privind investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, cu încadrarea în bugetul de venituri şi cheltuieli aprobat, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru investigaţii paraclinice pentru pacienţii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

b) suma aferentă transportului interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, decontat de casa de asigurări de sănătate din fondul alocat asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar; sumele plătite de către spitale pentru transportul interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

c) suma aferentă consultaţiilor interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; sumele astfel suportate de către spitale pentru consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, se evidenţiază distinct şi se raportează lunar caselor de asigurări de sănătate, conform machetei din anexa nr. 16 B la ordin.

ART 11 Spitalele, din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, suportă suma aferentă serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav.

Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilite prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort stabilite de fiecare unitate furnizoare şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 12 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în

condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 13 (1) Serviciile medicale de înaltă performanţă (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se acordă numai pe bază de recomandare medicală asiguraţilor conform fişelor de solicitare prevăzute în anexa nr.18 la ordin, numai în următoarele condiţii:

- urgenţe medico-chirurgicale majore nominalizate în anexa nr. 16 la ordin;
- afecţiuni în care au fost epuizate toate celelalte posibilităţi de explorare.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică pacienţilor internaţi. Fişele de solicitare se întocmesc într-un singur exemplar dacă serviciile medicale de înaltă performanţă se efectuează de către spitalul în care este internat pacientul, fără a se întocmi bilet de trimitere pentru servicii medicale paraclinice.

(3) În situaţia în care spitalele nu deţin dotarea necesară sau aparatura existentă în dotarea acestora nu este funcţională, pentru pacienţii internaţi cărora li se recomandă servicii medicale de înaltă performanţă prevăzute la alin. (1) ce vor fi efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, spitalele întocmesc fişele de solicitare prevăzute în anexa nr. 18 la ordin care se completeaza în 2 exemplare, din care unul rămâne la furnizorul care a facut recomandarea si, un exemplar la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, La fisa de solicitare se ataşează, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului.

ART. 14 (1) Medicii care îşi desfăşoară activitatea în spital au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

(2) Spitalele, odată cu raportarea lunară, vor transmise casei de asigurări de sănătate pentru nou-născuţii prematur, greutatea la naştere şi greutatea la externare; la o greutate a nou-născutului de peste 2.000 – 2.200 grame, nu se mai justifică menţinerea acestuia în secţia de neonatologie prematuri.

ART. 15 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalcă de către spitale pe trimestre şi luni, cu acordul, ordonatorului de credite ierarhic superior în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

(2) Casa de asigurări de sănătate decontează, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa

reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, spitalele vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul, cu excepţia cazurilor de urgenţă medico-chirurgicală, a cazurilor care necesită internare în secţiile de obstetrică şi neonatologie şi a bolilor cu potenţial endemo-epidemic. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, spitalele depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(4) Trimestrial, până la data de 5 a lunii următoare expirării unui trimestru, spitalele vor raporta realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi şi, până pe data de 10 a lunii curente pentru luna precedentă, ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi caselor de asigurări de sănătate execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli. Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 16 Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii ce-şi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

Modelul de convenţie este cel prevăzut în anexa nr. 37 la ordin.

Serviciile medicale spitaliceşti pot fi acordate asiguraţilor şi pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

ART. 17 Contractele pentru furnizarea serviciilor medicale acordate în spitale se semnează din partea spitalelor de către membrii Comitetului director, care răspund, în condiţiile legii, de realitatea şi exactitatea datelor prezentate atât cu ocazia negocierii contractelor, cât şi cu ocazia raportării datelor în cursul execuţiei.

ART. 18 Refuzul semnării contractului de către unitatea publică furnizoare de servicii medicale spitaliceşti sau de către casa de asigurări de sănătate va fi adus la cunoştinţă Ministerului Sănătăţii sau celorlalte ministere, respectiv autorităţilor administraţiei publice locale, în funcţie de subordonare, şi Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru această situaţie, se constituie o comisie de mediere formată din reprezentanţi ai Ministerului Sănătăţii, ai ministerului de resort, ai autorităţilor administraţiei publice locale, după caz, precum şi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care, în termen de maximum 10 zile, soluţionează divergenţele.

ART. 19 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală spitalicească, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare cu paturi, măsurile ce se

impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 20 Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare şi a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documentele prevăzute în anexa nr. 16 A la ordin.

ANEXA 17 A

LISTA
SPITALELOR PENTRU CARE PLATA SERVICIILOR MEDICALE SE FACE PRIN TARIF PE CAZ REZOLVAT (DRG), ICM-ul şi TCP-ul AFERENT ANULUI 2011

Nr. crt.	Cod	Denumire	ICM ROviDRG 2011*	Tarif pe caz ponderat 2011- lei
1	AB01	Spitalul Judetean de Urgenta Alba Iulia	1.098	1433
2	AB03	Spitalul Municipal Blaj	1.1276	1433
3	AB04	Spitalul Orasenesc Abrud	0.8313	1433
4	AB05	Spitalul Municipal Aiud	0.9167	1433
5	AB06	Spitalul Orasenesc Campeni	0.9742	1433
6	AB08	Spitalul Municipal Sebes	0.8855	1433
7	AB09	Spitalul Orasenesc Cugir	0.8254	1433
8	AB12	Spitalul de Pneumoftiziologie Aiud	0.7559	1433
9	AG01	Spitalul Judetean de Urgenta Pitesti	1.2581	1433
10	AG02	Spitalul de Pediatrie Pitesti	1.0191	1433
11	AG05	Spitalul Municipal Campulung	0.8735	1433
12	AG06	Spitalul Orasenesc "Regele Carol I" Costesti	1.2063	1433
13	AG07	Spitalul Municipal Curtea de Arges	0.9322	1433
14	AG08	Spitalul Orasenesc "Sf. Spiridon" Mioveni	0.8417	1433
15	AG13	Spitalul de Psihiatrie "Sf. Maria" Vedea	1.2851	1433
16	AG22	S.C. Dr. Irimia S.R.L.	0.4505	1433
17	AR01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Arad	1.0417	1433
18	AR05	Spitalul Orasenesc Ineu	0.8735	1433
19	AR06	Spitalul de Boli Cronice Lipova	0.7576	1433
20	AR07	Spitalul Orasenesc Sebis	0.6411	1433
21	AR14	S.C. Terapeutica S.A. "Spitalul Sf. Gheorghe" Chisineu-Cris	0.5737	1433
22	AR20	S.C. Centrul Medical Laser System SRL	0.7383	1433
23	AR21	S.C. Genesys Medical Clinic S.R.L.	0.7101	1433
24	B_01	Spitalul Clinic "Sf. Maria" Bucuresti	0.8984	1588
25	B_02	Spitalul Clinic de Urgenta Bucuresti	1.4252	1702
26	B_03	Spitalul Clinic de Urgenta de Chirurgie Plastica, Reparatorie si Arsuri Bucuresti	2.2943	2347
27	B_04	Spitalul Clinic de Nefrologie "Dr. Carol Davila" Bucuresti	0.7893	1663
28	B_05	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Gr. Alexandrescu" Bucuresti	1.2423	1433

29	B_06	Spitalul Clinic "Filantropia" Bucuresti	0.7725	1433
30	B_08	Spitalul Clinic de Urgente Oftalmologice Bucuresti	0.6213	1433
31	B_09	Spitalul Clinic de Chirurgie Oromaxilofaciala "Prof. Dr. Dan Teodorescu" Bucuresti	0.6816	1433
32	B_101	S.C. Tinos Clinic SRL	0.4275	1433
33	B_102	S.C. Proestetica Medical S.R.L.	0.6553	1433
34	B_103	S.C. Centrul Medical Unirea S.R.L.	1.7177	1433
35	B_11	Institutul Oncologic "Prof. Dr. Al. Trestioreanu" Bucuresti	0.7504	1863
36	B_12	Institutul de Endocrinologie "C. I. Parhon" Bucuresti	0.9964	1433
37	B_13	Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino" Bucuresti	1.1224	1433
38	B_14	Institutul National de Diabet, Nutritie si Boli Metabolice "Prof. Dr. N. Paulescu" Bucuresti	1.1634	1533
39	B_15	Spitalul Clinic de Ortopedie - Traumatologie si TBC Osteoarticular "Foisor" Bucuresti	1.1779	2010
40	B_16	Spitalul Clinic Colentina Bucuresti	1.3432	1433
41	B_18	Institutul Clinic Fundeni Bucuresti	1.0933	1903
42	B_19	Institutul de Boli Cardiovasculare "C. C. Iliescu" Bucuresti	2.3269	1490
43	B_20	Institutul pentru Ocrotirea Mamei si Copilului "Prof. Dr. Alfred Rusescu" Bucuresti	1.0291	1433
44	B_21	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Pantelimon" Bucuresti	0.9724	1433
45	B_22	Spitalul Clinic de Copii "Dr. V. Gomoiu" Bucuresti	1.1469	1433
46	B_23	Spitalul Clinic "Coltea" Bucuresti	1.5129	1433
47	B_25	Spitalul Clinic de Boli infectioase si Tropicale "Dr. V. Babes" Bucuresti	1.1491	1433
48	B_27	Spitalul Clinic de Psihiatrie "Dr. Alexandru Obregia" Bucuresti	1.2537	1433
49	B_28	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "M. S. Curie" Bucuresti	1.3009	1433
50	B_29	Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Ioan" Bucuresti	1.2523	1433
51	B_30	Spitalul Clinic de Dermatovenerologie "Dr.Scarlat Longhin" Bucuresti	0.6756	1433
52	B_31	Spitalul Clinic "Prof. Dr. Th. Burghele" Bucuresti	0.916	1826
53	B_32	Institutul de Fonoaudiologie si Chirurgie Functionala ORL "Prof. Dr. D. Hociota" Bucuresti	1.3166	1433
54	B_33	Spitalul Universitar de Urgenta Bucuresti	1.0653	1618
55	B_34	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sirbu" Bucuresti	0.7299	1433
56	B_35	Spitalul Clinic de Urgenta "Bagdasar-Arseni" Bucuresti	1.9138	1494
57	B_36	Institutul National de Neurologie si Boli Neurovasculare Bucuresti	1.2245	1433
58	B_38	Centrul de Evalure si Tratament a Toxicodependentelor pentru Tineri "Sf. Stelian"	0.9851	1433
59	B_40	Spitalul de Pneumoftiziologie "Sf. Stefan"	0.8129	1433
60	B_41	Centrul de Boli Reumatismale "Dr. I. Stoia" Bucuresti	1.2419	1740
61	B_42	Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa" Bucuresti	0.8259	1433

62	B_47	Institutul National de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" Bucuresti	1.0756	1433
63	B_48	Institutul National de Boli Infectioase "Prof. Dr. Matei Bals" Bucuresti	1.5887	1433
64	B_50	Centrul de Sanatate RATB	0.7582	1433
65	B_80	Spitalul Universitar de Urgenta "Elias" Bucuresti	1.0249	1546
66	B_90	Spitalul de Psihiatrie Titan "Dr.C.Gorgos"	1.3535	1433
67	B_91	SC Crestina Medicala Munposan '94 SRL	0.6671	1433
68	B_95	S.C. Euroclinic Hospital S.A.	0.7394	1433
69	B_96	SC Med Life SA	0.3924	1433
70	B_97	S.C. Clinica Sf. Lucia S.R.L.	0.7783	1433
71	BC01	Spitalul Judetean de Urgenta Bacau	0.974	1433
72	BC02	Spitalul de Pneumoftiziologie Bacau	0.7452	1433
73	BC03	Spitalul Municipal Onesti	1.0636	1433
74	BC04	Spitalul Orasenesc Buhusi	0.9657	1433
75	BC06	Spitalul Municipal de Urgenta Moinesti	1.0174	1433
76	BC08	S.C. Polimed SRL	0.6253	1433
77	BC10	Spitalul de Pediatrie Bacau	0.9988	1433
78	BC14	S.C. Clinica Palade Bacau	0.7087	1433
79	BH01	Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Oradea	1.0253	1433
80	BH02	Spitalul Clinic Municipal "Dr. Gavril Curteanu" Oradea	1.0168	1433
81	BH07	Spitalul Orasenesc Alesd	1.0067	1433
82	BH09	Spitalul Municipal "Episcop N. Popovici" Beius	0.9054	1433
83	BH10	Spitalul Municipal "Dr. Pop Mircea" Marghita	0.9081	1433
84	BH11	Spitalul de Psihiatrie Nucet	1.0966	1433
85	BH12	Spitalul Municipal Salonta	0.8838	1433
86	BH14	Spitalul de Psihiatrie Stei	0.9429	1433
87	BH26	SC Pelican Impex SRL - Spitalul Pelican	1.0464	1433
88	BN01	Spitalul Judetean Bistrita	0.9749	1433
89	BN02	Spitalul Orasenesc "Dr. G. Trifon" Nasaud	0.7417	1433
90	BN03	Spitalul Orasenesc Beclean	0.758	1433
91	BN08	SC Clinica Sanovil SRL	0.7583	1433
92	BR01	Spitalul Judetean de Urgenta Braila	1.4186	1433
93	BR04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Braila	0.7929	1433
94	BR05	Spitalul Orasenesc Faurei	0.7348	1433
95	BR07	Spitalul de Psihiatrie "Sf.Pantelimon" Braila	1.2287	1433
96	BR09	Spitalul de Pneumoftiziologie Braila	0.8667	1433
97	BT01	Spitalul Judetean de Urgenta "Mavromati" Botosani	1.0202	1433
98	BT02	Spitalul "Sf. Gheorghe" Botosani	0.4684	1433
99	BT03	Spitalul de Psihiatrie Botosani	1.0839	1433
100	BT04	Spitalul de Copii Botosani	0.8913	1433
101	BT05	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Botosani	0.801	1433
102	BT06	Spitalul Municipal Dorohoi	0.6813	1433
103	BT07	Spitalul Orasenesc Saveni	0.7215	1433

104	BT10	Spitalul de Pneumoftiziologie Botosani	0.9459	1433
105	BV01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Brasov	1.0874	1433
106	BV02	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. I. A. Sbarcea" Brasov	0.8031	1433
107	BV03	Spitalul Clinic de Copii Brasov	1.0533	1433
108	BV04	Spitalul de Boli Infectioase Brasov	1.3948	1433
109	BV05	Spitalul de Pneumoftiziologie Brasov	0.7018	1433
110	BV06	Spitalul Municipal Fagaras	0.8275	1433
111	BV10	Spitalul Orasenesc "Dr. C. T. Sparchez" Zarnesti	0.6927	1433
112	BV12	Spitalul Orasenesc Rupea	0.7765	1433
113	BV13	Spitalul de Psihiatrie si Neurologie Brasov	1.0334	1433
114	BV17	S.C. Medical RUR S.R.L.	0.7092	1433
115	BV18	S.C. Clinicile ICCO SRL	1.8037	1433
116	BV20	S.C. Vitalmed Center SRL	0.5135	1433
117	BZ01	Spitalul Judetean Buzau	1.0138	1433
118	BZ02	Spitalul Municipal Ramnicu Sarat	0.8551	1433
119	BZ04	Spitalul Orasenesc Nehoiu	0.7639	1433
120	BZ09	Spitalul de Psihiatrie si Pentru Masuri de Siguranta Sapoca	0.9651	1433
121	CJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Cluj-Napoca	1.194	1433
122	CJ02	Institutul Regional de Gastroenterologie-Hepatologie "Prof. Dr. Octavian Fodor" Cluj-Napoca	1.465	1433
123	CJ03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii Cluj-Napoca	1.1235	1433
124	CJ04	Spitalul de Pneumoftiziologie "Leon Daniello" Cluj-Napoca	1.3069	1433
125	CJ05	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Cluj-Napoca	1.4532	1433
126	CJ06	Spitalul Clinic de Recuperare Cluj-Napoca	0.7597	1433
127	CJ07	Spitalul Municipal Clinic Cluj-Napoca	1.0884	1433
128	CJ08	Institutul Oncologic "Prof. Dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca	1.1598	1433
129	CJ09	Institutul Inimii de Urgenta pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. N. Stancioiu" Cluj-Napoca	2.0408	1490
130	CJ10	Spitalul Municipal Dej	0.8602	1433
131	CJ11	Spitalul Municipal Turda	0.9737	1433
132	CJ12	Spitalul Municipal Gherla	0.7664	1433
133	CJ13	Spitalul Orasenesc Huedin	1.0315	1433
134	CJ14	Spitalul Municipal Campia Turzii	0.8558	1433
135	CJ21	Institutul Clinic de Urologie si Transplant Renal Cluj-Napoca	0.7005	2025
136	CL01	Spitalul Judetean de Urgenta Calarasi	0.9748	1433
137	CL02	Spitalul Municipal Oltenita	0.6559	1433
138	CL03	Spitalul Orasenesc Lehliu-Gara	0.7759	1433
139	CL06	Spitalul de Psihiatrie Sapunari	1.2924	1433
140	CL07	Spitalul de Pneumoftiziologie Calarasi	0.8539	1433
141	CS01	Spitalul Judetean Resita	1.1595	1433
142	CS02	Spitalul Municipal de Urgenta Caransebes	0.9206	1433

143	CS03	Spitalul Orasenesc Oravita	0.7187	1433
144	CS05	Spitalul Orasenesc Moldova Noua	0.7073	1433
145	CS07	Spitalul Orasenesc Otelu Rosu	0.7493	1433
146	CT01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Constanta	1.2392	1433
147	CT04	Spitalul Municipal Medgidia	0.8537	1433
148	CT05	Spitalul Orasenesc Cernavoda	0.6011	1433
149	CT06	Spitalul Municipal Mangalia	0.9768	1433
150	CT07	Spitalul Orasenesc Harsova	0.8365	1433
151	CT08	Spitalul de Ortop.si Traumat.si Rec.Med.Eforie Sud	0.7265	1433
152	CT14	Spitalul Clinic de Boli Infectioase Constanta	1.5413	1512
153	CT18	S. C. Medical Analysis SRL	0.9211	1433
154	CT19	S.C. Medstar 2000 SRL	0.959	1433
155	CT20	SC Euromaterna SA	0.874	1433
156	CT22	SC Isis Medical Center SRL	0.6629	1433
157	CV01	Spitalul Judetean "Dr. Fogolyan Kristof" Sfantu Gheorghe	1.0539	1433
158	CV02	Spitalul Orasenesc Covasna	0.5709	1433
159	CV03	Spitalul Municipal Targu Secuiesc	0.8284	1433
160	CV04	Spitalul Orasenesc Baraolt	0.6911	1433
161	CV05	Spitalul de Cardiologie Covasna	0.4565	1433
162	CV07	Centrul de Patologie Neuromusculara "Dr.Radu Horia" Valcele	0.8201	1433
163	CV08	SC Andimex SRL	0.5722	1433
164	DB01	Spitalul Judetean de Urgenta Targoviste	1.1498	1433
165	DB02	Spitalul Orasenesc Pucioasa	0.9116	1433
166	DB03	Spitalul Orasenesc Gaesti	0.9606	1433
167	DB04	Spitalul Orasenesc Moreni	0.8635	1433
168	DJ01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Craiova	1.0346	1433
169	DJ02	Spitalul Municipal Clinic "Filantropia" Craiova	0.8255	1433
170	DJ03	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Victor Babes" Craiova	0.9354	1445
171	DJ04	Spitalul Municipal Bailesti	0.8989	1433
172	DJ05	Spitalul "Filisanilor" Filiasi	1.0568	1433
173	DJ06	Spitalul Orasenesc Segarcea	0.7496	1433
174	DJ07	Spitalul Municipal Calafat	0.6837	1433
175	DJ13	Spitalul Orasenesc "Asezamintele Brancovenesti" Dabuleni	0.5577	1433
176	DJ18	Spitalul de Pneumoftiziologie Leamna	1.1047	1433
177	DJ20	Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Craiova	0.9833	1433
178	DJ21	Centrul de Cardiologie Craiova	1.0928	1489
179	GJ01	Spitalul Judetean Targu Jiu	0.8733	1433
180	GJ02	Spitalul Municipal Motru	0.871	1433
181	GJ03	Spitalul Orasenesc Targu Carbunesti	1.0132	1433
182	GJ04	Spitalul Orasenesc Rovinari	0.8812	1433
183	GJ05	Spitalul Orasenesc Novaci	0.8884	1433

184	GJ10	Spitalul de Pneumoftiziologie Tudor Vladimirescu	0.7987	1433
185	GJ11	Spitalul Orasenesc Turceni	0.7026	1433
186	GL01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Apostol Andrei" Galati	1.1126	1433
187	GL02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Ioan" Galati	0.9794	1433
188	GL03	Spitalul de Pshiatrie "Elisabeta Doamna" Galati	1.0077	1433
189	GL04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie "Bunavestire" Galati	0.7533	1433
190	GL05	Spitalul de Pneumoftiziologie Galati	0.8435	1433
191	GL06	Spitalul de Boli Infectioase "Cuvioasa Parascheva" Galati	1.1999	1433
192	GL07	Spitalul Municipal "Anton Cincu" Tecuci	0.749	1433
193	GL08	Spitalul Orasenesc Targu Bujor	0.7636	1433
194	GR01	Spitalul Judetean Giurgiu	0.8532	1433
195	GR03	Spitalul de Psihiatrie Vadu Lat	1.1069	1433
196	GR05	Spitalul Orasenesc Bolintin-Vale	0.7575	1433
197	GR08	Spitalul de Boli Infectioase Singureni	0.7794	1433
198	HD01	Spitalul Judetean Deva	1.2557	1433
199	HD02	Spitalul Municipal "Dr. A. Simionescu" Hunedoara	1.1619	1433
200	HD03	Spitalul Municipal de Urgenta Petrosani	1.133	1433
201	HD05	Spitalul Municipal Lupeni	1.0032	1433
202	HD06	Spitalul Municipal Vulcan	0.9258	1463
203	HD07	Spitalul Municipal Brad	0.8445	1433
204	HD08	Spitalul Municipal Orastie	0.9066	1433
205	HD09	Spitalul Orasenesc Hateg	0.9026	1433
206	HD18	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Zam	1.0972	1433
207	HR01	Spitalul Judetean Miercurea-Ciuc	1.0449	1433
208	HR02	Spitalul Municipal Odorheiul Secuiesc	1.0507	1433
209	HR03	Spitalul Municipal Gheorgheni	0.8204	1433
210	HR04	Spitalul Municipal Toplita	0.8982	1433
211	HR07	Spitalul de Psihiatrie Tulghes	1.2558	1433
212	IF03	Spitalul de Psihiatrie Eftimie Diamandescu Balaceanca	1.3113	1433
213	IF06	Spitalul Judetean "Sfintii Imparati Constantin si Elena" Ilfov	0.8841	1433
214	IL01	Spitalul Judetean de Urgenta Slobozia	0.9867	1433
215	IL02	Spitalul Municipal Urziceni	0.8383	1433
216	IL03	Spitalul Municipal Fetesti	0.6466	1433
217	IS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi	1.2805	1433
218	IS02	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "Sf. Maria" Iasi	0.9116	1433
219	IS03	Institutul de Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. G.I.M. Georgescu" Iasi	2.7375	1490
220	IS04	Spitalul Clinic "Dr. CI. Parhon" Iasi	1.1074	1901
221	IS05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Cuza-Voda" Iasi	1.0947	1433
222	IS06	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Elena Doamna" Iasi	0.6589	1433
223	IS07	Spitalul Clinic Pneumoftiziologie Iasi	0.9719	1433

224	IS08	Spitalul Clinic de Psihiatrie Socola Iasi	1.1877	1433
225	IS09	Spitalul Clinic de Boli infectioase "Sf. Parascheva" Iasi	1.031	1433
226	IS11	Spitalul Clinic de Urgenta "Prof. Dr. N. Oblu" Iasi	1.8028	1433
227	IS12	Spitalul Clinic de Recuperare Iasi	0.6475	1433
228	IS13	Spitalul Orasenesc Harlau	0.6392	1433
229	IS14	Spitalul Municipal Pascani	0.888	1433
230	IS28	Spital Providenta	0.483	1433
231	M01	Spitalul Militar de Urgenta „Regina Maria” Brasov	0.9364	1433
232	M02	Spitalul Militar de Urgenta "Dr.Stefan Odobleja"	0.9813	1433
233	M03	Spitalul Militar de Urgenta Cluj-Napoca	1.1133	1433
234	M04	Spitalul Militar de Urgenta Galati	0.7136	1433
235	M05	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Victor Popescu” Timisoara	0.715	1433
236	M06	Spitalul Militar de Urgenta Avram Iancu Oradea	0.8814	1433
237	M07	Spitalul Clinic de Urgenta Militar Central	0.9795	1433
238	M08	Spitalul Militar de Urgenta Iasi	0.8772	1433
239	M09	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Alexandru Augustin” Sibiu	0.8434	1433
240	M10	Spitalul Militar de Urgenta „Dr. Ion Jianu” Pitesti	0.9898	1433
241	M11	Spitalul Militar de Urgenta "Dr. Alexandru Gafencu" Constanta	0.8612	1433
242	M12	Spitalul Militar de Urgenta Focsani	0.786	1433
243	M13	Centrul Clinic de Urgenta de Boli Cardiovasculare "Dr. Constantin Zamfir"	1.5822	1433
244	M14	Spitalul de Urgenta "Prof.Dr. Dimitrie Gerota"	1.0633	1433
245	M15	Spitalul Militar de Urgenta "Prof.Dr. Agrippa Ionescu"	0.9333	1433
246	M16	Spitalul "Prof.Dr. Constantin Angelescu"	0.76	1433
247	MH01	Spitalul Judetean Drobeta-Turnu Severin	0.9668	1433
248	MH02	Spitalul Municipal Orsova	0.7682	1433
249	MH05	Spitalul Orasenesc Baia de Arama	0.6891	1433
250	MM01	Spitalul Judetean de Urgenta "Dr. Constantin Opris" Baia Mare	1.1584	1433
251	MM02	Spitalul de Boli Infectioase, Dermatovenerologie si Psihiatrie Baia Mare	1.1831	1433
252	MM03	Spitalul de Pneumoftiziologie Baia Mare	0.9242	1433
253	MM04	Spitalul Municipal Sighetu Marmatiei	0.9333	1433
254	MM06	Spitalul de Psihiatrie Cavnic	0.8695	1433
255	MM07	Spitalul de Recuperare Borsa	0.8929	1433
256	MM08	Spitalul Orasenesc Targu Lapus	0.8424	1433
257	MM09	Spitalul Orasenesc Viseu de Sus	0.8816	1433
258	MM12	SC Euromedica Hospital S. A.	1.3693	1433
259	MS01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Targu Mures	1.8142	1433
260	MS02	Spitalul Clinic Judetean Mures	1.3505	1433
261	MS04	Spitalul Municipal Sighisoara	1.1544	1433
262	MS05	Spitalul Orasenesc "Dr. Vaier Russu" Ludus	0.9471	1433
263	MS06	Spitalul Municipal "Dr. E. Nicoara" Reghin	0.8831	1433

264	MS07	Spitalul Municipal "Dr. Gh. Marinescu" Tarnaveni	1.0715	1433
265	MS100	Centrul de Sanatate Miercurea Niraj	0.7135	1433
266	MS11	Centrul de Sanatate Sangeorgiu de Padure	0.5583	1433
267	MS14	Centrul de Sanatate Sovata	0.698	1433
268	MS15	SC Adria Med SRL Centrul Medical "Galenus"	0.7955	1433
269	MS16	S.C. Centrul Medical Top Med S.R.L.	0.9184	1433
270	MS18	SC Cardiomed SRL	2.1443	1433
271	MS19	SC Nova Vita Hospital SA	0.958	1433
272	NT01	Spitalul Judetean de Urgenta Piatra-Neamt	1.087	1433
273	NT02	Spitalul Municipal de Urgenta Roman	1.1011	1433
274	NT04	Spitalul Orasenesc Targu-Neamt	0.865	1433
275	NT07	Sanatoriul TBC Bisericani	0.8106	1433
276	OT01	Spitalul Judetean Slatina	1.0984	1433
277	OT02	Spitalul Orasenesc Bals	1.0143	1433
278	OT03	Spitalul Municipal Caracal	0.9897	1433
279	OT04	Spitalul Orasenesc Corabia	0.8773	1433
280	OT06	Spitalul Pneumoftiziologie Scornicesti	1.0703	1433
281	PH01	Spitalul Judetean de Urgenta Ploiesti	1.0115	1433
282	PH04	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ploiesti	0.7281	1433
283	PH05	Spitalul de Ortopedie si Traumatologie Azuga	0.9187	1433
284	PH06	Spitalul Orasenesc Baicoi	0.7191	1433
285	PH07	Spitalul Municipal Campina	0.8445	1433
286	PH08	Spitalul Orasenesc Sinaia	0.6846	1433
287	PH09	Spitalul Orasenesc Mizil	0.6746	1433
288	PH102	Spitalul de Pneumoftiziologie Drajna	0.8408	1433
289	PH12	Spitalul Orasenesc Valenii de Munte	0.6629	1433
290	PH13	Spitalul de Psihiatrie Voila	1.3022	1433
291	PH14	Spitalul de Boli Pulmonare Breaza	0.7738	1433
292	PH20	Spitalul de Boli Infectioase Ploiesti	0.8714	1433
293	PH96	Spitalul de Pneumoftiziologie Floresti	0.7901	1433
294	PH98	Spitalul Municipal Ploiesti	0.9998	1433
295	PH99	Spitalul de Pediatrie Ploiesti	0.7144	1472
296	SB01	Spitalul Clinic Judetean Sibiu	1.2599	1433
297	SB02	Spitalul de Psihiatrie "Dr.Gh.Preda" Sibiu	1.0643	1433
298	SB03	Spitalul de Pneumoftiziologie Sibiu	0.797	1433
299	SB04	Spitalul Municipal Medias	0.9724	1433
300	SB05	Spitalul Orasenesc Agnita	0.7706	1433
301	SB08	Spitalul Clinic de Pediatrie Sibiu	1.452	1433
302	SB10	S.C. Centrul Medical Polisano SRL	1.1383	1433
303	SJ01	Spitalul Judetean Zalau	1.2374	1433
304	SJ02	Spitalul Orasenesc Simleu Silvaniei	0.7473	1433
305	SJ03	Spitalul Orasenesc Jibou	0.8061	1433
306	SJ10	S. C. Salvosan Ciobanca I.S.R.L.	0.7941	1433

307	SM01	Spitalul Judetean Satu Mare	0.9635	1433
308	SM04	Spitalul Municipal Carei	0.9052	1433
309	SM05	Spitalul Orasenesc Negresti-Oas	0.8159	1433
310	SV01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Ioan Cel Nou" Suceava	1.1986	1433
311	SV02	Spitalul Municipal Campulung Moldovenesc	0.9831	1433
312	SV03	Spitalul Municipal Falticeni	0.8636	1433
313	SV04	Spitalul Orasenesc Gura Humorului	0.709	1433
314	SV05	Spitalul Municipal Radauti	0.9271	1433
315	SV06	Spitalul Orasenesc Siret	0.6667	1433
316	SV07	Spitalul Municipal Vatra Dornei	0.7268	1433
317	SV08	Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret	1.1753	1433
318	SV12	Spitalul de Psihiatrie Campulung Moldovenesc	1.2092	1433
319	SV17	S.C. Bethesda SRL	0.7826	1433
320	T01	Spitalul General CF 2 Bucuresti	0.8696	1433
321	T02	Spitalul Universitar CF Witing	0.6567	1449
322	T03	Spitalul Universitar CF Constanta	0.855	1433
323	T04	Spitalul Universitar CFR Craiova	0.809	1534
324	T05	Spitalul Universitar CF Cluj	0.8373	1433
325	T06	Spitalul Universitar CF Iasi	1.0128	1433
326	T07	Spitalul Universitar CF Timisoara	0.7009	1473
327	T08	Spitalul General CF Oradea	1.001	1433
328	T09	Spitalul General CF Brasov	0.8798	1433
329	T10	Spitalul C.F.R. Galati	0.8549	1433
330	T11	Spitalul General CF Ploiesti	0.7435	1433
331	T12	Spitalul General CF Sibiu	0.6721	1433
332	T13	Spitalul General CF Drobeta Turnu Severin	0.8376	1433
333	T14	Spitalul General CF Pascani	0.6128	1433
334	T15	Spitalul General CF Simeria	0.8598	1433
335	TL01	Spitalul Judetean de Urgenta Tulcea	0.9842	1433
336	TL03	Spitalul Orasenesc Macin	0.789	1433
337	TM01	Spitalul Judetean Clinic de Urgenta Timisoara	1.4779	1433
338	TM02	Spitalul Municipal Clinic de Urgenta Timisoara	1.2338	1433
339	TM03	Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii "L. Turcanu" Timisoara	1.1758	1433
340	TM04	Spitalul Clinic de Boli Infectioase si Pneumoftiziologie "Dr. V. Babes"	1.3089	1632
341	TM05	Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie "Dr. D. Popescu" Timisoara	0.7409	1433
342	TM06	Institutul de Boli Cardiovasculare Timisoara	1.9017	1490
343	TM07	Spitalul Municipal Lugoj	1.0097	1433
344	TM09	Spitalul Orasenesc Deta	0.5826	1433
345	TM10	Spitalul "Dr. Karl Diel" Jimbolia	0.914	1433
346	TM11	Spitalul Orasenesc Sannicolau Mare	0.84	1433
347	TM12	Spitalul Orasenesc Faget	0.6399	1433

348	TM15	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Gataia	1.2714	1433
349	TM16	Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Jebel	0.9099	1433
350	TM17	Centrul Clinic de Evaluare si Recuperare pentru Copii si Adolescenti Cristian Serban Buzias	0.5354	1433
351	TM21	S.C. Gynatal S.R.L.	0.8827	1433
352	TM22	Asociatia Oncohelp Timisoara	0.6394	1433
353	TM23	S.C. Athena Hospital SRL	0.8199	1433
354	TR01	Spitalul Judetean Alexandria	0.9086	1433
355	TR02	Spitalul Municipal Turnu Magurele	0.64	1433
356	TR03	Spitalul Municipal "Caritas" Rosiori de Vede	0.748	1433
357	TR04	Spitalul Orasenesc Zimnicea	0.5966	1433
358	TR05	Spitalul Pneumoftiziologie Rosiori de Vede	0.8704	1433
359	TR08	Spitalul Psihiatrie Poroschia	1.1292	1433
360	TR12	Spitalul Orasenesc Videle	0.5502	1433
361	VL01	Spitalul Judetean de Urgenta Ramnicu Valcea	0.9815	1433
362	VL02	Spitalul de Obstetrica-Ginecologie Ramnicu Valcea	0.9219	1433
363	VL03	Spitalul Municipal "Costache Nicolescu" Dragasani	0.8086	1433
364	VL04	Spitalul Orasenesc Horezu	0.7234	1433
365	VL05	Spitalul Orasenesc Brezoi	0.7367	1433
366	VL11	SC Incarmed SRL Ramnicu Valcea	0.6905	1433
367	VN01	Spitalul Judetean de Urgenta "Sf. Pantelimon" Focsani	0.9341	1433
368	VN02	Spitalul Municipal Adjud	0.8363	1433
369	VN04	Spitalul Orasenesc Panciu	0.8686	1433
370	VN07	Spitalul Comunal Vidra	0.5657	1433
371	VN08	Spitalul Comunal Dumbraveni	0.5169	1433
372	VS01	Spitalul Judetean de Urgenta Vaslui	1.0191	1433
373	VS02	Spitalul Municipal de Urgenta "Elena Beldiman" Barlad	1.0236	1433
374	VS03	Spitalul de Copii "Sf. Nicolae" Barlad	1.1012	1433
375	VS04	Spitalul Municipal Husi	1.0277	1433
376	VS07	Spitalul de Psihiatrie Murgeni	0.6601	1433

* ICM ROviDRG 2011 = ICM realizat obţinut prin clasificarea cazurilor raportate în perioada 01.01-30.04.2011 si validate, conform clasificării ROviDRG actualizate în decembrie 2010

Principii utilizate la calcularea TCP propuse pentru anul 2011

- Pentru spitalele a caror plata a fost in anul 2010 si primele 4 luni 2011 prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a pornit de la tarifele publicate in Normele metodologice ale contractului cadru pentru anul 2010
- Pentru spitalele a caror plata in anul 2010 si primele 4 luni 2011 nu a fost prin tarif pe caz rezolvat (DRG), s-a considerat tarif "vechi" TCP mediu national din 2010, 1390 lei
- Numarul cazurilor ponderate a fost estimat la 12 luni plecând de la numărul de cazuri validate şi a ICM realizat de spitale în primele 4 luni ale anului 2011.

- S-a estimat bugetul global realizat de spitale la nivel national pe baza numarului de cazuri ponderate estimate la 12 luni si a TCP 2010 si s-a calculat TCP mediu national 2011=1433 lei
- Pentru spitalele al căror TCP 2010 a fost mai mare de 1433 s-a aplicat o reducere de 5%, acesta fiind noul tarif propus pentru 2011; pentru spitalele al căror TCP 2010 se situa sub 1433, acesta a fost crescut până la nivelul mediu naţional de 1433 propus pentru 2011.

ANEXA 17 B

LISTA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC, VALORILOR RELATIVE ŞI DURATA MEDIE DE SPITALIZARE

ANEXA 17 B I

LISTA CATEGORIILOR MAJORE DE DIAGNOSTIC

Anexa 17 B I Lista categoriilor majore de diagnostic

Cod CMD	Categoria majora de diagnostic	Denumire categorie majora de diagnostic
0		Pre-CMD
1	CMD 01	Boli si tulburari ale sistemului nervos
2	CMD 02	Boli si tulburari ale ochiului
3	CMD 03	Boli si tulburari ale urechii, nasului, gurii si gatului
4	CMD 04	Boli si tulburari ale sistemului respirator
5	CMD 05	Boli si tulburari ale sistemului circulator
6	CMD 06	Boli si tulburari ale sistemului digestiv
7	CMD 07	Boli si tulburari ale sistemului hepatobiliar si ale pancreasului
8	CMD 08	Boli si tulburari ale sistemului musculo-scheletal si tesutului conjunctiv
9	CMD 09	Boli si tulburari ale pielii, tesutului subcutanat si sanului
10	CMD 10	Boli si tulburari endocrine, nutritionale si metabolice
11	CMD 11	Boli si tulburari ale rinichiului si tractului urinar
12	CMD 12	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv masculin
13	CMD 13	Boli si tulburari ale sistemului reproductiv feminin
14	CMD 14	Sarcina, nastere si lauzie
15	CMD 15	Nou-nascuti si alti neonatali
16	CMD 16	Boli si tulburari ale sangelui si organelor hematopoietice si tulburari imunologice
17	CMD 17	Tulburari neoplazice (hematologice si neoplasme solide)

18	CMD 18	Boli infectioase si parazitare
19	CMD 19	Boli si tulburari mentale
20	CMD 20	Consum de alcool/droguri si tulburari mentale organice induse de alcool/droguri
21	CMD 21	Accidente, otraviri si efecte toxice ale medicamentelor
22	CMD 22	Arsuri
23	CMD 23	Factori care influenteaza starea de sanatate si alte contacte cu serviciile de sanatate
24		DRG abatere

ANEXA 17 B II

LISTA
GRUPELOR DE DIAGNOSTICE, VALORILOR RELATIVE ŞI A LIMITELOR DURATELOR DE SPITALIZARE

Nr. Crt	Categoria majoră de diagnostic (CMD)	Categorie Medicală, Chirurgicala sau Altele (M/C/A)	Grupa de diagnostic	Descrierea grupelor de diagnostice	Valoare relativa	DMS	Limita inferioara a DS	Limita superioara a DS	Mediana DS in sectiile ATI, national
1	24	C	91010	Proceduri extinse in sala de operatii neinrudite cu diagnosticul principal	2,7534	9.58	2	32	-
2	24	C	91020	Proceduri neextinse in sala de operatii, neinrudite cu diagnosticul principal	1,4365	-	-	-	-
3	24	C	91030	Proceduri in sala de operatii ale prostatei neinrudite cu diagnosticul principal	3,4464	-	-	-	-
4	24	M	93010	Negrupabile	0,649	-	-	-	-
5	24	M	93020	Diagnostice principale inacceptabile	0,1197	-	-	-	-

6	24	M	93030	Diagnostice neonatale neconcordante cu varsta/greutatea	2,3438	-	-	-	-
7	0	C	A1010	Transplant de ficat	0	-	-	-	-
8	0	C	A1020	Transplant de plaman/inima sau plaman	0	-	-	-	-
9	0	C	A1030	Transplant de inima	0	-	-	-	-
10	0	C	A1040	Traheostomie sau ventilatie >95 ore	14,2331	16.84	2	69	7
11	0	C	A1050	Transplant alogenic de maduva osoasa	0	-	-	-	-
12	0	C	A1061	Transplant autolog de maduva osoasa cu CC catastrofale	0	-	-	-	-
13	0	C	A1062	Transplant autolog de maduva osoasa fara CC catastrofale	0	-	-	-	-
14	0	C	A1071	Transplant renal cu transplant de pancreas sau CC catastrofale	0	-	-	-	-
15	0	C	A1072	Transplant renal fara transplant de pancreas fara CC catastrofale	0	-	-	-	-
16	0	A	A2010	Oxigenoterapie extracorporala fara chirurgie cardiaca	28,5797	-	-	-	-
17	0	A	A2021	Intubatie varsta<16 cu CC	4,1332	-	-	-	-
18	0	A	A2022	Intubatie varsta<16 fara CC	1,6508	7.73	1	28	1
19	1	C	B1010	Revizia shuntului ventricular	1,7579	-	-	-	-
20	1	C	B1021	Craniotomie cu CC catastrofale	5,8344	14	3	52	1
21	1	C	B1022	Craniotomie cu CC severe sau moderate	3,4275	13.35	4	39	1
22	1	C	B1023	Craniotomie fara CC	2,5833	12.23	3	46	1
23	1	C	B1031	Proceduri la nivelul colonei vertebrale cu CC catastrofale sau severe	4,2466	10.86	3	31	1
24	1	C	B1032	Proceduri la nivelul colonei vertebrale fara CC catastrofale sau severe	2,0414	7.64	3	21	1
25	1	C	B1041	Proceduri vasculare extracraniene cu CC catastrofale sau severe	2,2682	8.29	3	22	-
26	1	C	B1042	Proceduri vasculare extracraniene fara CC catastrofale sau severe	1,4176	7.22	2	28	-

27	1	C	B1050	Eliberarea tunelului carpian	0,3276	4.52	1	15	-
28	1	C	B1061	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie cu CC catastrofale sau severe	4,3915	9.56	2	35	-
29	1	C	B1062	Proceduri pentru paralizie cerebrala, distrofie musculara, neuropatie fara CC catastrofale sau severe	0,7561	6.93	2	25	-
30	1	C	B1071	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos cu CC	2,0099	5.74	2	17	-
31	1	C	B1072	Proceduri la nivelul nervilor cranieni si periferici si alte proceduri ale sistemului nervos fara CC	0,712	4.79	1	17	-
32	1	A	B2010	Plasmafereza cu boli neurologice	0,8002	-	-	-	-
33	1	A	B2020	Monitorizare telemetrica EEG	0,8317	8.63	2	30	-
34	1	M	B3011	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale	5,0342	9.52	1	46	3
35	1	M	B3012	Paraplegie/tetraplegie stabilita cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale	1,5122	8.74	2	32	2
36	1	M	B3021	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8704	8.74	2	31	-
37	1	M	B3022	Afectiuni ale maduvei spinarii cu sau fara proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	1,2601	7.69	2	26	1
38	1	M	B3030	Internare pentru afereza	0,1827	-	-	-	-
39	1	M	B3040	Dementa si alte tulburari cronice ale functiei cerebrale	1,7957	11.59	2	43	2
40	1	M	B3051	Delir cu CC catastrofale	1,7579	-	-	-	-
41	1	M	B3052	Delir fara CC catastrofale	0,8884	12.77	3	39	-
42	1	M	B3060	Paralizie cerebrala	0,3339	6.19	2	18	-

43	1	M	B3071	Tumori ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,6445	7.25	1	29	-
44	1	M	B3072	Tumori ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,7624	4.81	1	20	-
45	1	M	B3081	Tulburari degenerative ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	2,1233	9.03	2	29	4
46	1	M	B3082	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	0,8821	7.84	2	25	-
47	1	M	B3083	Tulburari degenerative ale sistemului nervos varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,4032	6.69	1	28	-
48	1	M	B3091	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa cu CC	1,8776	7.06	2	21	-
49	1	M	B3092	Scleroza multipla si ataxia de origine cerebeloasa fara CC	0,3591	6.04	2	18	-
50	1	M	B3101	AIT si ocluzie precerebrala cu CC catastrofale sau severe	0,9766	7.19	2	20	6
51	1	M	B3102	AIT si ocluzie precerebrala fara CC catastrofale sau severe	0,4284	6.35	2	18	-
52	1	M	B3111	Accident vascular cerebral cu CC catastrofale	2,9991	11.87	3	43	5
53	1	M	B3112	Accident vascular cerebral cu CC severe	1,6319	9.37	3	28	4
54	1	M	B3113	Accident vascular cerebral fara CC catastrofale sau severe	1,0585	8.04	2	24	4
55	1	M	B3114	Accident vascular cerebral, decedat sau transferat < 5 zile	0,3969	1.86	1	6	1
56	1	M	B3121	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici cu CC	1,2223	6.68	2	18	-
57	1	M	B3122	Tulburari ale nervilor cranieni si periferici fara CC	0,252	6.25	2	20	-
58	1	M	B3131	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale cu CC catastrofale sau severe	2,7786	10.72	2	45	5

59	1	M	B3132	Infectii ale sistemului nervos cu exceptia meningitei virale fara CC catastrofale sau severe	1,1467	7.66	2	30	-
60	1	M	B3140	Menigita virala	0,6175	10.02	1	47	-
61	1	M	B3150	Stupoare si coma non-traumatica	0,5482	4.57	1	19	1,5
62	1	M	B3160	Convulsii febrile	0,2835	4.73	2	13	-
63	1	M	B3171	Atacuri cu CC catastrofale sau severe	1,1089	6.08	2	20	2
64	1	M	B3172	Atacuri fara CC catastrofale sau severe	0,3717	5.39	1	18	1
65	1	M	B3180	Cefalee	0,2709	4.84	1	17	-
66	1	M	B3191	Leziune intracraniana cu CC catastrofale sau severe	1,9973	6.75	1	27	2
67	1	M	B3192	Leziune intracraniana fara CC catastrofale sau severe	0,8191	4.02	1	15	1
68	1	M	B3200	Fracturi craniene	0,6616	5.36	1	19	-
69	1	M	B3210	Alta leziune a capului	0,2394	3.06	1	10	-
70	1	M	B3221	Alte tulburari ale sistemului nervos cu CC catastrofale sau severe	1,5059	6.33	2	21	3
71	1	M	B3222	Alte tulburari ale sistemului nervos fara CC catastrofale sau severe	0,5545	8.61	1	35	-
72	2	C	C1010	Proceduri pentru leziuni penetrante ale ochiului	1,2853	5.61	2	16	-
73	2	C	C1020	Enucleeri si proceduri ale orbitei	1,1278	4.56	1	14	-
74	2	C	C1030	Proceduri la nivelul retinei	0,6616	2.78	1	7	1
75	2	C	C1040	Proceduri majore asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,8884	5.27	3	12	-
76	2	C	C1050	Dacriocistorinostomie	0,6112	4.25	1	15	-
77	2	C	C1060	Proceduri pentru strabism	0,4284	2.66	2	6	-
78	2	C	C1070	Proceduri ale pleoapei	0,4599	3.78	1	12	-
79	2	C	C1080	Alte proceduri asupra corneei, sclerei si conjunctivei	0,4158	3.47	1	11	-
80	2	C	C1090	Proceduri privind caile lacrimare	0,2835	4.34	2	13	-
81	2	C	C1100	Alte proceduri la nivelul ochiului	0,315	3.14	1	10	1

82	2	C	C1111	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei	0,8191	4.16	2	11	1
83	2	C	C1112	Glaucom si proceduri complexe ale cataractei, de zi	0,4284	-	-	-	-
84	2	C	C1121	Proceduri asupra cristalinului	0,6049	3.37	2	9	1
85	2	C	C1122	Proceduri asupra cristalinului, de zi	0,4095	-	-	-	-
86	2	M	C3011	Infectii oculare acute si majore varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,1404	5.98	2	16	-
87	2	M	C3012	Infectii oculare acute si majore varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,7057	4.06	1	12	-
88	2	M	C3020	Tulburari neurologice si vasculare ale ochiului	0,4347	5.61	2	18	-
89	2	M	C3030	Hifema si traume oculare tratate medical	0,2898	4.37	1	14	-
90	2	M	C3041	Alte tulburari ale ochiului cu CC	0,7498	4.62	2	14	-
91	2	M	C3042	Alte tulburari ale ochiului fara CC	0,2961	3.92	1	13	-
92	3	C	D1010	Implant cohlear	4,6436	-	-	-	-
93	3	C	D1021	Proceduri ale capului si gatului cu CC catastrofale sau severe	4,2655	7.34	2	23	1
94	3	C	D1022	Proceduri ale capului si gatului cu stare maligna sau CC moderate	1,8335	9.21	2	36	1
95	3	C	D1023	Proceduri ale capului si gatului fara stare maligna fara CC	1,1152	9.65	2	42	1
96	3	C	D1030	Cura chirugicala a cheiloschisisului sau diagnostic privind palatul	1,1026	9.82	3	26	1
97	3	C	D1041	Chirurgie maxialo-faciala cu CC	1,6193	5.68	2	18	-
98	3	C	D1042	Chirurgie maxialo-faciala fara CC	0,9325	5.76	2	18	1
99	3	C	D1050	Proceduri la nivelul glandei parotide	1,4239	8.73	3	21	1
100	3	C	D1060	Proceduri la nivelul sinusului, mastoidei si urechii medii	0,8947	7.31	2	20	1
101	3	C	D1070	Proceduri diverse ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,5671	5.29	2	15	1
102	3	C	D1080	Proceduri nasale	0,5293	5.02	2	13	1

103	3	C	D1090	Amigdalectomie si/sau adenoidectomie	0,4284	3.21	1	10	1
104	3	C	D1100	Alte proceduri ale urechii, nasului, gurii si gâtului	0,6427	4.15	1	13	1
105	3	C	D1110	Miringotomie cu insertie de tub	0,2457	5.71	2	19	-
106	3	C	D1120	Proceduri asupra gurii si glandei salivare	0,4978	4.4	1	13	1
107	3	A	D2010	Extractii dentare si restaurare	0,3402	3.77	1	12	1
108	3	A	D2020	Proceduri endoscopice de zi, pentru afectiuni ORL	0,2016	-	-	-	-
109	3	M	D3011	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului cu CC catastrofale sau severe	1,8146	7.98	1	31	1
110	3	M	D3012	Stare maligna a urechii, nasului, gurii si gatului fara CC catastrofale sau severe	0,5608	6.46	1	23	1
111	3	M	D3020	Dezechilibru	0,3213	6.09	2	18	-
112	3	M	D3030	Epistaxis	0,2961	4.72	2	13	-
113	3	M	D3041	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare cu CC	0,5293	5.14	2	13	2
114	3	M	D3042	Otita medie si infectie a cailor respiratorii superioare fara CC	0,3024	4.81	2	13	1
115	3	M	D3050	Laringotraheita si epiglotita	0,2394	5.01	2	13	-
116	3	M	D3060	Traumatism si diformitate nazale	0,2583	3.98	1	12	-
117	3	M	D3071	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul cu CC	0,649	5.43	2	15	-
118	3	M	D3072	Alte diagnostice privind urechea, nasul, gura si gâtul fara CC	0,2457	4.86	1	17	1
119	3	M	D3081	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor	0,5293	4.61	2	14	1
120	3	M	D3082	Tulburari orale si dentare cu exceptia extractiilor si reconstituirilor de zi	0,1449	-	-	-	-
121	4	C	E1011	Proceduri majore la nivelul toracelui cu CC catastrofale	4,1017	13.24	2	50	1
122	4	C	E1012	Proceduri majore la nivelul toracelui fara CC catastrofale	2,1989	10.35	2	41	1

123	4	C	E1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC catastrofale	3,6859	4.35	1	14	1
124	4	C	E1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator cu CC severe	1,5311	5.74	1	19	-
125	4	C	E1023	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului respirator fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.72	1	17	1
126	4	A	E2010	Diagnostic asupra sistemului respirator cu suport ventilator	3,6985	8.82	1	39	3
127	4	A	E2020	Diagnostic asupra sistemului respirator cu ventilatie neinvaziva	2,6337	8.25	1	43	2
128	4	A	E2030	Proceduri endoscopice ale aparatului respirator, de zi	0,2016	-	-	-	-
129	4	M	E3011	Fibroza cistica cu CC catastrofale sau severe	2,6652	10.26	2	35	-
130	4	M	E3012	Fibroza cistica fara CC catastrofale sau severe	2,0036	5.06	1	18	-
131	4	M	E3021	Embolism pulmonar cu CC catastrofale sau severe	1,5374	9.74	2	40	2
132	4	M	E3022	Embolism pulmonar fara CC catastrofale sau severe	0,7876	9.71	2	37	-
133	4	M	E3031	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC catastrofale	1,6697	8.21	3	23	3
134	4	M	E3032	Infectii respiratorii/inflamatii cu CC severe sau moderate	0,9703	7.46	3	20	2
135	4	M	E3033	Infectii respiratorii/inflamatii fara CC	0,5608	7.08	2	20	2
136	4	M	E3040	Apnee de somn	0,2835	6.47	1	24	-
137	4	M	E3050	Edem pulmonar si insuficienta respiratorie	0,8758	6.54	2	19	2
138	4	M	E3061	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii cu CC catastrofale sau severe	1,1467	8.58	3	22	3
139	4	M	E3062	Boala cronica obstructiva a cailor respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,6805	8.27	3	22	-

140	4	M	E3071	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 cu CC	1,4302	6.58	2	18	-
141	4	M	E3072	Traumatism major la nivelul toracelui varsta >69 sau cu CC	0,7435	5.92	2	18	-
142	4	M	E3073	Traumatism major la nivelul toracelui varsta <70 fara CC	0,4032	4.67	2	14	-
143	4	M	E3081	Semne si simptome respiratorii cu CC catastrofale sau severe	0,6679	6.91	2	26	-
144	4	M	E3082	Semne si simptome respiratorii fara CC catastrofale sau severe	0,3087	5.86	1	21	-
145	4	M	E3090	Pneumotorax	0,7309	7.85	2	23	2
146	4	M	E3101	Bronsita si astm varsta >49 cu CC	0,7624	7.62	3	19	-
147	4	M	E3102	Bronsita si astm varsta >49 sau cu CC	0,5041	6.07	2	16	-
148	4	M	E3103	Bronsita si astm varsta <50 fara CC	0,3339	5.38	2	14	-
149	4	M	E3111	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta cu CC	1,0396	6.2	2	16	2
150	4	M	E3112	Tuse convulsiva si bronsiolita acuta fara CC	0,5608	5.35	2	14	-
151	4	M	E3121	Tumori respiratorii cu CC catastrofale	1,6508	6.93	2	26	2
152	4	M	E3122	Tumori respiratorii cu CC severe sau moderate	0,8758	6.2	1	24	3
153	4	M	E3123	Tumori respiratorii fara CC	0,4725	5.33	1	21	-
154	4	M	E3130	Probleme respiratorii aparute in perioada neonatala	0,9829	-	-	-	-
155	4	M	E3141	Revarsat pleural cu CC catastrofale	1,6634	9.3	2	32	-
156	4	M	E3142	Revarsat pleural cu CC severe	1,0396	8.88	2	29	-
157	4	M	E3143	Revarsat pleural fara CC catastrofale sau severe	0,6049	8.51	2	31	-
158	4	M	E3151	Boala interstitiala pulmonara cu CC catastrofale	1,676	6.94	3	16	4
159	4	M	E3152	Boala interstitiala pulmonara cu CC severe	1,153	6.27	3	14	2
160	4	M	E3153	Boala interstitiala pulmonara fara CC catastrofale sau severe	0,6616	5.93	3	14	1,5

161	4	M	E3161	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 cu CC	0,9388	6.12	1	27	1,5
162	4	M	E3162	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta >64 sau cu CC	0,6364	5.58	2	19	1
163	4	M	E3163	Alt diagnostic al sistemului respirator varsta <65 fara CC	0,3843	5.08	2	16	-
164	5	C	F1011	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total cu CC catastrofale sau severe	7,3276	-	-	-	-
165	5	C	F1012	Implant sau inlocuire de defibrilator cardiac implantabil automat, sistem total fara CC catastrofale sau severe	6,3195	-	-	-	-
166	5	C	F1020	Implant/Inlocuire componenta AICD	6,3447	-	-	-	-
167	5	C	F1030	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB cu investigatie cardiaca invaziva	8,8524	21.2	7	57	2
168	5	C	F1041	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale	6,1557	17.57	8	37	3
169	5	C	F1042	Procedura de valva cardiaca cu pompa CPB fara investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale	4,3663	-	-	-	-
170	5	C	F1051	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale	6,5779	18.4	7	43	2
171	5	C	F1052	Bypass coronarian cu investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale	4,9397	-	-	-	-
172	5	C	F1061	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive cu CC catastrofale sau severe	4,0513	14.62	7	30	2
173	5	C	F1062	Bypass coronarian fara investigatii cardiace invazive fara CC catastrofale sau severe	3,0999	-	-	-	-
174	5	C	F1071	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB cu CC catastrofale	7,523	15.04	5	43	2

175	5	C	F1072	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB fara CC catastrofale	4,5365	-	-	-	-
176	5	C	F1081	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB cu CC catastrofale	5,2232	11.74	1	63	1
177	5	C	F1082	Proceduri majore de reconstructie vasculara fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,5266	9.2	1	56	1
178	5	C	F1091	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB cu CC catastrofale	4,1143	7.94	2	30	-
179	5	C	F1092	Alte proceduri cardiotoracice fara pompa CPB fara CC catastrofale	2,6715	9.41	2	37	-
180	5	C	F1100	Interventie coronara percutanata cu IMA	1,8461	6.24	2	16	-
181	5	C	F1111	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picioar cu CC catastrofale	5,9037	17.43	4	59	1
182	5	C	F1112	Amputatie pentru sistemul circulator cu exceptia membrului superior si a degetului de la picior fara CC catastrofale	2,9487	16.22	5	45	1
183	5	C	F1120	Implantare pacemaker cardiac	1,9343	6.67	2	19	-
184	5	C	F1130	Amputatie a membrului superior si a degetului pentru tulburari ale sistemului circulator	2,3375	14.03	3	48	1
185	5	C	F1141	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC catastrofale	3,1881	7.17	2	27	0
186	5	C	F1142	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB cu CC severe	1,342	6.97	2	26	-
187	5	C	F1143	Proceduri vasculare exceptand reconstructia majora fara pompa CPB fara CC catastrofale sau severe	0,9388	5.25	1	19	1
188	5	C	F1150	Interventie coronara percutanata fara IMA cu implantare de stent	1,2853	5.55	2	17	-

189	5	C	F1160	Interventie coronara percutanata fara IMA fara implantare de stent	1,2538	4.99	1	17	-
190	5	C	F1170	Inlocuire de pacemaker cardiac	1,2538	6.45	2	20	-
191	5	C	F1180	Revizie de pacemaker cardiac exceptand inlocuirea dispozitivului	1,216	4.96	2	15	-
192	5	C	F1190	Alta interventie percutanata cardiaca transvasculara	1,5689	-	-	-	-
193	5	C	F1200	Ligatura venelor si stripping	0,6616	5.97	2	20	1
194	5	C	F1211	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator cu CC catastrofale	3,2385	7.52	1	31	2
195	5	C	F1212	Alte proceduri in sala de operatii privind sistemul circulator fara CC catastrofale	1,2601	7.74	2	28	1
196	5	A	F2010	Diagnostic al sistemului circulator cu suport ventilator	3,4401	6.58	1	29	3
197	5	A	F2021	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,7327	7.49	2	24	-
198	5	A	F2022	Tulburari circulatorii cu IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	1,0648	6.47	2	21	-
199	5	A	F2031	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu diagnostic principal complex	1,0396	4.9	1	16	-
200	5	A	F2032	Tulburari circulatorii fara IMA cu proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara diagnostic principal complex	0,5608	3.68	1	11	-
201	5	M	F3011	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva cu CC catastrofale sau severe	1,3609	8.89	2	29	2
202	5	M	F3012	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva fara CC catastrofale sau severe	0,6553	7.15	2	30	-

203	5	M	F3013	Tulburari circulatorii cu IMA fara proceduri de investigatie cardiaca invaziva, decedat	0,7561	4.34	1	19	1
204	5	M	F3020	Endocardita infectioasa	2,7471	18.5	2	106	-
205	5	M	F3031	Insuficienta cardiaca si soc cu CC catastrofale	1,6886	7.43	2	22	2
206	5	M	F3032	Insuficienta cardiaca si soc fara CC catastrofale	0,7561	6.71	2	18	2
207	5	M	F3041	Tromboza venoasa cu CC catastrofale sau severe	1,2538	8.52	3	23	-
208	5	M	F3042	Tromboza venoasa fara CC catastrofale sau severe	0,5734	7.48	3	20	-
209	5	M	F3050	Ulceratie a pielii pentru tulburari circulatorii	1,5689	9.25	4	23	-
210	5	M	F3061	Tulburari vasculare periferice cu CC catastrofale sau severe	1,2853	7.13	2	24	2
211	5	M	F3062	Tulburari vasculare periferice fara CC catastrofale sau severe	0,4284	7.56	2	25	2
212	5	M	F3071	Ateroscleroza coronariana cu CC	0,5482	7.16	2	22	4
213	5	M	F3072	Ateroscleroza coronariana fara CC	0,2646	7.87	2	26	-
214	5	M	F3081	Hipertensiune cu CC	0,7246	6.52	2	18	3
215	5	M	F3082	Hipertensiune fara CC	0,3528	6.85	2	21	-
216	5	M	F3090	Boala congenitala de inima	0,378	5.64	1	21	-
217	5	M	F3101	Tulburari valvulare cu CC catastrofale sau severe	1,2034	6.5	2	20	3
218	5	M	F3102	Tulburari valvulare fara CC catastrofale sau severe	0,252	6.02	2	20	-
219	5	M	F3111	Aritmie majora si stop cardiac cu CC catastrofale sau severe	0,9829	5.61	1	26	1
220	5	M	F3112	Aritmie majora si stop cardiac fara CC catastrofale sau severe	0,4473	5.5	1	24	-
221	5	M	F3121	Aritmie non-majora si tulburari de conducere cu CC catastrofale sau severe	0,9514	7.12	2	21	4

222	5	M	F3122	Aritmie non-majora si tulburari de conducere fara CC catastrofale sau severe	0,3654	5.35	2	18	-
223	5	M	F3131	Angina instabila cu CC catastrofale sau severe	0,8317	6.41	2	18	-
224	5	M	F3132	Angina instabila fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.83	2	17	-
225	5	M	F3141	Sincopa si colaps cu CC catastrofale sau severe	0,7876	5.47	2	17	-
226	5	M	F3142	Sincopa si colaps fara CC catastrofale sau severe	0,2961	4.32	2	13	-
227	5	M	F3150	Durere toracica	0,2646	4.33	1	14	-
228	5	M	F3161	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC catastrofale	2,0414	8.04	2	25	3
229	5	M	F3162	Alte diagnostice ale sistemului circulator cu CC severe	0,9892	7.28	2	21	3
230	5	M	F3163	Alte diagnostice ale sistemului circulator fara CC catastrofale sau severe	0,523	6.37	2	22	-
231	6	C	G1011	Rezectie rectala cu CC catastrofale	4,694	17.51	5	48	3
232	6	C	G1012	Rezectie rectala fara CC catastrofale	2,6841	16.54	6	39	2
233	6	C	G1021	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros cu CC catastrofale	4,4356	14.15	3	51	3
234	6	C	G1022	Proceduri majore pe intestinul subtire si gros fara CC catastrofale	2,1359	11.72	2	43	2
235	6	C	G1031	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului cu stare maligna	5,0909	15.68	4	51	4
236	6	C	G1032	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare malignam cu CC catastrofale sau severe	3,8182	9.1	2	29	3
237	6	C	G1033	Proceduri la nivelul stomacului, esofagului si duodenului fara stare maligna fara CC catastrofale sau severe	1,3672	6.57	2	22	2
238	6	C	G1041	Aderente peritoneale varsta >49 cu CC	2,892	10.67	3	31	1

239	6	C	G1042	Aderente peritoneale varsta >49 sau cu CC	1,7579	7.25	3	19	1
240	6	C	G1043	Aderente peritoneale varsta <50 fara CC	1,0459	5.93	3	14	1
241	6	C	G1051	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros cu CC	1,9532	7.37	2	24	1
242	6	C	G1052	Proceduri minore pe intenstinul subtire si gros fara CC	1,0963	5.1	1	18	1
243	6	C	G1060	Piloromiotomie	1,0648	-	-	-	-
244	6	C	G1071	Apendicectomie cu CC catastrofale sau severe	1,6886	5.85	2	14	1
245	6	C	G1072	Apendicectomie fara CC catastrofale sau severe	0,8443	4.99	2	12	1
246	6	C	G1081	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,0018	8.38	3	24	1
247	6	C	G1082	Proceduri pentru hernie abdominala si alte hernii varsta 1 la 59 fara CC catastrofale sau severe	0,5923	6.93	2	20	1
248	6	C	G1090	Proceduri pentru hernia inghinala si femurala varsta >0	0,5797	6.34	2	17	1
249	6	C	G1100	Proceduri pentru hernie varsta <1	0,5293	4.58	2	11	-
250	6	C	G1111	Proceduri anale si la nivelul stomei cu CC catastrofale sau severe	1,2097	6.63	2	22	1
251	6	C	G1112	Proceduri anale si la nivelul stomei fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.48	2	18	1
252	6	C	G1121	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv cu CC catastrofale sau severe	2,8479	9.26	2	37	1
253	6	C	G1122	Alte proceduri in sala de operatii la nivelul sistemului digestiv fara CC catastrofale sau severe	0,8317	7.41	2	28	1
254	6	A	G2011	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore	0,9577	6.14	2	19	3
255	6	A	G2012	Alte gastroscopii pentru boli digestive majore, de zi	0,1764	-	-	-	-

256	6	A	G2020	Colonoscopie complexa	0,4032	-	-	-	-
257	6	A	G2031	Alte colonoscopii cu CC catastrofale sau severe	1,5437	5.2	2	16	-
258	6	A	G2032	Alte colonoscopii fara CC catastrofale sau severe	0,6364	4.02	1	12	1
259	6	A	G2033	Alte colonoscopii, de zi	0,2079	-	-	-	-
260	6	A	G2041	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore	0,7687	4.96	2	16	1
261	6	A	G2042	Alte gastroscopii pentru boli digestive care nu sunt majore, de zi	0,1701	-	-	-	-
262	6	A	G2051	Gastroscopie complexa cu CC catastrofale sau severe	1,8335	6.36	2	20	3
263	6	A	G2052	Gastroscopie complexa fara CC catastrofale sau severe	0,838	5.05	2	16	-
264	6	A	G2053	Gastroscopie complexa, de zi	0,2394	-	-	-	-
265	6	M	G3011	Stare maligna digestiva cu CC catastrofale sau severe	0,9766	5.73	1	21	3
266	6	M	G3012	Stare maligna digestiva fara CC catastrofale sau severe	0,5041	4.29	1	14	2
267	6	M	G3021	Hemoragie gastrointestinala varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,4978	6.58	2	22	3
268	6	M	G3022	Hemoragie gastrointestinala varsta <65 fara CC catastrofale sau severe	0,2583	5.26	2	17	3
269	6	M	G3030	Ulcer peptic complicat	0,9199	6.47	2	18	-
270	6	M	G3040	Ulcer peptic necomplicat	0,2205	5.77	2	16	2
271	6	M	G3050	Boala inflamatorie a intestinului	0,5356	5.72	2	19	-
272	6	M	G3061	Ocluzie intestinala cu CC	0,9703	5.13	1	18	3
273	6	M	G3062	Ocluzie intestinala fara CC	0,4473	4.12	1	13	2
274	6	M	G3071	Durere abdominala sau adenita mezenterica cu CC	0,4725	4.49	2	13	-
275	6	M	G3072	Durere abdominala sau adenita mezenterica fara CC	0,2331	3.61	1	11	-

276	6	M	G3081	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani cu CC catastrofale/severe	0,8065	5.5	2	16	3
277	6	M	G3082	Esofagita, gastroenterita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta >9 ani fara CC catastrofale/severe	0,2709	4.82	2	14	2
278	6	M	G3091	Gastroenterita varsta <10 ani cu CC	0,7498	4.8	2	13	2
279	6	M	G3092	Gastroenterita varsta <10 ani fara CC	0,3402	4.15	2	11	2
280	6	M	G3100	Esofagita si diverse tulburari ale sistemului digestiv varsta <10 ani	0,3717	3.84	1	11	-
281	6	M	G3111	Alte diagnostice ale sistemului digestiv cu CC	0,7813	5.2	1	17	2
282	6	M	G3112	Alte diagnostice ale sistemului digestiv fara CC	0,2394	4.4	1	15	1
283	7	C	H1011	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt cu CC catastrofale	5,5572	17.32	4	57	3
284	7	C	H1012	Proceduri la nivel de pancreas, ficat si shunt fara CC catastrofale	2,4825	14.61	4	44	1
285	7	C	H1021	Proceduri majore ale tractului biliar cu stare maligna sau CC catastrofale	4,234	15.64	4	46	3
286	7	C	H1022	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna cu (CC moderate sau severee)	2,3753	14.29	4	45	2
287	7	C	H1023	Proceduri majore ale tractului biliar fara stare maligna fara CC	1,3294	12.9	3	42	2
288	7	C	H1031	Proceduri de diagnostic hepatobiliar cu CC catastrofale sau severe	2,432	7.79	2	25	1
289	7	C	H1032	Proceduri de diagnostic hepatobiliar fara CC catastrofale sau severe	1,0648	6.09	2	16	1
290	7	C	H1040	Alte proceduri in sala de operatii hepatobiliare si pancreatice	2,4825	8.16	2	30	3
291	7	C	H1051	Colecistectomie deschisa cu explorarea inchisa a CBP sau cu CC catastrofale	3,478	12.55	5	30	2

292	7	C	H1052	Colecistectomie deschisa fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale	1,5563	10.8	4	25	2
293	7	C	H1061	Colecistectomie laparoscopica cu explorarea inchisa a CBP sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,7075	6.26	2	18	1
294	7	C	H1062	Colecistectomie laparoscopica fara explorarea inchisa a CBP fara CC catastrofale sau severe	0,8443	5.42	2	13	1
295	7	A	H2010	Proceduri endoscopice pentru varice esofagiene sangerande	1,9469	6.95	2	22	-
296	7	A	H2021	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	2,0099	6.38	2	19	-
297	7	A	H2022	Procedura terapeutica complexa pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC catastrofale sau severe	0,838	4.09	1	12	-
298	7	A	H2031	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC catastrofale sau severe	1,8083	6.64	2	23	-
299	7	A	H2032	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica cu CC moderate	1,0144	4.38	1	13	-
300	7	A	H2033	Alte proceduri terapeutice pentru colangiopancreatografie retrograda endoscopica fara CC	0,586	5.28	1	18	-
301	7	M	H3011	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC catastrofale	1,9406	7.44	2	27	3
302	7	M	H3012	Ciroza si hepatita alcoolica cu CC severe	0,9136	7.1	2	22	3
303	7	M	H3013	Ciroza si hepatita alcoolica fara CC catastrofale sau severe	0,4347	6.47	2	19	3

304	7	M	H3021	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 cu CC catastrofale sau severe) sau cu CC catastrofale	1,3987	6.71	2	25	2,5
305	7	M	H3022	Stare maligna a sistemului hepatobiliar si pancreasului (varsta >69 fara CC catastrofale sau severe) sau fara CC catastrofale	0,6301	5.6	1	21	2
306	7	M	H3031	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne cu CC catastrofale sau severe	1,4428	6.93	2	22	4
307	7	M	H3032	Tulburari ale pancreasului, cu exceptia starii maligne fara CC catastrofale sau severe	0,5797	6.08	2	20	3
308	7	M	H3041	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice cu CC cat/sev	1,4996	6.04	2	20	3
309	7	M	H3042	Tulburari ale ficatului, cu exceptia starii maligne, cirozei, hepatitei alcoolice fara CC cat/sev	0,4095	5.93	2	19	3
310	7	M	H3051	Tulburari ale tractului biliar cu CC	0,8569	5.93	2	18	3
311	7	M	H3052	Tulburari ale tractului biliar fara CC	0,3465	4.73	2	15	2
312	8	C	I1010	Proceduri majore bilaterale sau multiple ale extremitatilor inferioare	5,7966	-	-	-	-
313	8	C	I1021	Transfer de tesut micorvascular sau (grefa de piele cu CC catastrofale sau severe), cu exceptia mainii	6,9181	13.72	2	65	1
314	8	C	I1022	Grefe pe piele fara CC catastrofale sau severe, cu exceptia mainii	2,7534	11	1	52	0
315	8	C	I1031	Revizie a artroplastiei totale de sold cu CC catastrofale sau severe	6,1935	17.35	6	44	-
316	8	C	I1032	Inlocuire sold cu CC catastrofale sau severe sau revizie a artroplastiei totale de sold fara CC catastrofale sau severe	3,3834	15.03	6	34	1
317	8	C	I1033	Inlocuire sold fara CC catastrofale sau	2,7597	13.88	6	29	1

				severe					
318	8	C	I1040	Inlocuire si reatasare de genunchi	2,892	14.44	5	38	1
319	8	C	I1050	Alte proceduri majore de inlocuire a articulatiilor si reatasare a unui membru	2,6652	-	-	-	-
320	8	C	I1060	Artrodeza vertebrala cu diformitate	6,1683	-	-	-	-
321	8	C	I1070	Amputatie	4,8767	19.26	3	74	-
322	8	C	I1081	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului cu CC catastrofale sau severe	3,1188	14.23	5	35	1
323	8	C	I1082	Alte proceduri la nivelul soldului si al femurului fara CC catastrofale sau severe	1,928	12.28	4	31	1
324	8	C	I1091	Artrodeza vertebrala cu CC catastrofale sau severe	5,6517	7.89	2	24	-
325	8	C	I1092	Artrodeza vertebrala fara CC catastrofale sau severe	3,0432	7.53	1	35	1
326	8	C	I1101	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului cu CC catastrofale sau severe	2,6967	9.77	3	29	1
327	8	C	I1102	Alte proceduri la nivelul spatelui si gatului fara CC catastrofale sau severe	1,3546	7.86	2	24	1
328	8	C	I1110	Proceduri de alungire a membrelor	2,0603	11.64	1	65	1
329	8	C	I1121	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC catastrofale	4,9334	12.2	2	50	-
330	8	C	I1122	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv cu CC severe	2,6274	9.7	2	36	-
331	8	C	I1123	Infectii/inflamatii ale oaselor si articulatiilor cu diverse proceduri ale sistemului muscular si tesutului conjunctiv fara CC catastrofale sau severe	1,3546	7.77	1	35	1
332	8	C	I1131	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei cu CC catastrofale sau severe	2,9298	11.04	3	35	1

333	8	C	I1132	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta >59 fara CC catastrofale sau severe	1,6004	10.71	3	35	1
334	8	C	I1133	Proceduri ale humeruslui, tibiei, fibulei si gleznei varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	1,2034	8.57	2	27	1
335	8	C	I1140	Revizie a bontului de amputatie	1,487	9.63	1	45	-
336	8	C	I1150	Chirurgie cranio-faciala	1,9343	-	-	-	-
337	8	C	I1160	Alte proceduri la nivelul umarului	0,8695	3.73	1	11	1
338	8	C	I1170	Chirurgie maxilo-faciala	1,4113	7.25	1	28	-
339	8	C	I1180	Alte proceduri la nivelul genunchiului	0,5167	4.49	1	16	1
340	8	C	I1190	Alte proceduri la nivelul cotului si antebratului	0,9829	5.74	2	20	0
341	8	C	I1200	Alte proceduri la nivelul labei piciorului	0,7939	7	2	26	1
342	8	C	I1210	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare a soldului si femurului	0,8506	5.78	1	21	1
343	8	C	I1220	Excizie locala si indepartare a dispozitivelor interne de fixare exclusiv sold si femur	0,4221	4.11	1	14	1
344	8	C	I1230	Artroscopie	0,4536	4.04	1	14	1
345	8	C	I1240	Proceduri diagnostic ale oaselor si a incheieturilor, incluzand biopsia	1,8146	7.52	1	30	1
346	8	C	I1251	Proceduri la nivelul tesuturilor moi cu CC catastrofale sau severe	2,1422	6.57	1	25	1
347	8	C	I1252	Proceduri la nivelul tesuturilor moi fara CC catastrofale sau severe	0,6868	5.66	1	21	1
348	8	C	I1261	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv cu CC	2,4699	6.72	1	25	1
349	8	C	I1262	Alte proceduri la nivelul tesutului conjunctiv fara CC	0,7435	4.95	1	18	0
350	8	C	I1270	Reconstructie sau revizie a genunchiului	1,0711	4.67	1	14	1
351	8	C	I1280	Proceduri la nivelul mainii	0,5545	4.31	1	14	1
352	8	M	I3010	Fracturi ale diafizei femurale	1,7579	5.56	1	22	-
353	8	M	I3020	Fracturi ale extremitatii distale femurale	1,3483	5.36	1	19	-

354	8	M	I3030	Entorse, luxatii si dislocari ale soldului, pelvisului si coapsei	0,5356	4.9	1	17	-
355	8	M	I3041	Osteomielita cu CC	2,0162	9.44	1	41	-
356	8	M	I3042	Osteomielita fara CC	0,712	8.36	1	33	-
357	8	M	I3051	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica cu CC catastrofale sau severe	1,3609	6.68	1	26	-
358	8	M	I3052	Stare maligna a tesutului conjunctiv, incluzand fractura patologica tologica fara CC catastrofale sau severe	0,5671	4.74	1	18	-
359	8	M	I3061	Tulburari inflamatorii musculoscheletale cu CC catastrofale sau severe	2,2178	6.1	2	18	-
360	8	M	I3062	Tulburari inflamatorii musculoscheletale fara CC catastrofale sau severe	0,4221	5.37	2	16	-
361	8	M	I3071	Artrita septica cu CC catastrofale sau severe	2,3564	7.04	2	21	-
362	8	M	I3072	Artrita septica fara CC catastrofale sau severe	0,7939	6.29	2	21	-
363	8	M	I3081	Tulburari nechirurgicale ale coloanei cu CC	1,3294	6.69	2	19	2
364	8	M	I3082	Tulburari nechirurgicale ale coloanei fara CC	0,6049	5.8	2	21	1
365	8	M	I3083	Tulburari nechirurgicale ale coloanei, de zi	0,189	-	-	-	-
366	8	M	I3091	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 cu CC catastrofale sau severe	1,5626	6.57	2	21	-
367	8	M	I3092	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta >74 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,5923	6.14	2	20	-
368	8	M	I3093	Boli ale oaselor si atropatii specifice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,2898	5.75	2	19	-
369	8	M	I3100	Artropatii nespecifice	0,5482	6.32	2	19	-
370	8	M	I3111	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 cu CC	0,8695	-	-	-	-

371	8	M	I3112	Alte tulburari musculotendinoase varsta >69 sau cu CC	0,4032	6.39	2	19	-
372	8	M	I3113	Alte tulburari musculotendinoase varsta <70 fara CC	0,2646	5.03	2	15	-
373	8	M	I3121	Tulburari musculotendinoase specifice varsta >79 sau cu (CC catastrofale sau severe)	1,2034	7.07	2	22	-
374	8	M	I3122	Tulburari musculotendinoase specifice varsta <80 fara CC catastrofale sau severe	0,3339	5.53	1	19	-
375	8	M	I3131	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,7768	-	-	-	-
376	8	M	I3132	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta >59 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6427	7.66	1	32	-
377	8	M	I3133	Ingrijiri postprocedurale ale implanturilor/prostezelor musculoscheletale varsta <60 fara CC catastrofale sau severe	0,3465	5.03	1	20	-
378	8	M	I3141	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 cu CC	1,1026	3.92	1	12	-
379	8	M	I3142	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta >74 sau cu CC	0,4284	3.56	1	10	0
380	8	M	I3143	Leziuni ale antebratului, pumnului, mainii sau piciorului varsta <75 fara CC	0,2835	2.94	1	8	0
381	8	M	I3151	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta >64 cu CC	1,3861	4.59	1	15	0
382	8	M	I3152	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei varsta >64 sau cu CC	0,586	4.17	1	14	0

383	8	M	I3153	Leziuni ale umarului, bratului, cotului, genunchiului, gambei sau gleznei, varsta <65 fara CC	0,2961	3.61	1	11	0
384	8	M	I3161	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 cu CC	1,1467	7.24	1	30	-
385	8	M	I3162	Alte tulburari musculoscheletale varsta >69 sau cu CC	0,4788	5.18	1	19	-
386	8	M	I3163	Alte tulburari musculoscheletale varsta <70 fara CC	0,2583	4.53	1	16	1
387	8	M	I3171	Fracturi ale pelvisului cu CC catastrofale sau severe	2,0477	8.02	2	30	-
388	8	M	I3172	Fracturi ale pelvisului fara CC catastrofale sau severe	0,9262	6.24	1	23	-
389	8	M	I3181	Fracturi ale colului femural cu CC catastrofale sau severe	1,2979	7.34	1	29	3
390	8	M	I3182	Fracturi ale colului femural fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5.33	1	21	1
391	9	C	J1010	Transfer de tesut microvasular pentru piele, tesut subcutanat si tulburari ale sanului	4,8137	-	-	-	-
392	9	C	J1021	Proceduri majore pentru afectiuni maligne ale sanului	1,2097	10.53	3	31	1
393	9	C	J1022	Proceduri majore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,9829	5.06	1	17	1
394	9	C	J1031	Proceduri minore pentru afectiuni maligne ale sanului	0,5482	4.57	1	17	0
395	9	C	J1032	Proceduri minore pentru afectiuni nemaligne ale sanului	0,378	4.29	1	14	0
396	9	C	J1041	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare cu CC catastrofale sau severe	2,0918	6.5	1	24	1
397	9	C	J1042	Alta grefa a pielii si/sau proceduri de debridare fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.28	1	16	1
398	9	C	J1050	Proceduri perianale si pilonidale	0,4978	4.61	1	15	1

399	9	C	J1060	Proceduri in sala de operatii ale pielii, tesutului subcutanat si chirugie plastica la nivelul sanului	0,4473	5.35	1	21	1
400	9	C	J1070	Alte proceduri ale pielii, tesutului subcutanat si sanului	0,2709	4.32	1	15	1
401	9	C	J1081	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita cu CC catastrofale	4,7444	11.59	3	36	-
402	9	C	J1082	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale cu grefa de piele/lambou de reparare	2,6148	16.98	3	72	-
403	9	C	J1083	Proceduri ale membrele inferioare cu ulcer/celulita fara CC catastrofale fara grefa de piele/lambou de reparare	1,7768	8.32	2	30	-
404	9	C	J1091	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita cu grefa de piele (CC catastrofale sau severe)	2,4194	-	-	-	-
405	9	C	J1092	Proceduri ale membrele inferioare fara ulcer/celulita fara (grefa de piele si (CC catastrofale sau severe)	0,8947	6.26	1	24	-
406	9	C	J1100	Reaconstructii majore ale sanului	3,5347	-	-	-	-
407	9	M	J3011	Ulceratii ale pielii	1,4491	9.44	3	26	-
408	9	M	J3012	Ulceratie ale pielii, de zi	0,126	-	-	-	-
409	9	M	J3021	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 cu CC) sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,6742	5.6	1	22	1
410	9	M	J3022	Tulburari maligne ale sanului (varsta >69 fara CC) sau fara (CC catastrofale sau severe)	0,2394	3.94	1	14	-
411	9	M	J3030	Tulburari nemaligne ale sanului	0,2772	4.04	1	14	-
412	9	M	J3041	Celulita varsta >59 cu CC catastrofale sau severe	1,342	8.82	3	27	-
413	9	M	J3042	Celulita (varsta >59 fara CC catastrofale sau severe) sau varsta <60	0,5608	6.13	2	20	1

414	9	M	J3051	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta >69	0,5545	5.14	2	17	-
415	9	M	J3052	Trauma a pielii, tesutului subcutanat si sanului varsta <70	0,2709	3.71	1	12	1
416	9	M	J3061	Tulburari minore ale pielii	0,5923	5.05	2	16	1
417	9	M	J3062	Tulburari minore ale pielii, de zi	0,1575	-	-	-	-
418	9	M	J3071	Tulburari majore ale pielii	0,9199	5.93	2	18	-
419	9	M	J3072	Tulburari majore ale pielii, de zi	0,0882	-	-	-	-
420	10	C	K1010	Proceduri ale piciorului diabetic	3,7867	11.42	3	35	1
421	10	C	K1020	Proceduri la nivel de hipofiza	2,7849	-	-	-	-
422	10	C	K1030	Proceduri la nivelul suprarenalelor	2,6085	12.47	3	37	-
423	10	C	K1040	Proceduri majore pentru obezitate	1,5689	5.38	2	12	1
424	10	C	K1050	Proceduri la nivelul paratiroidelor	1,2664	5.24	2	16	-
425	10	C	K1060	Proceduri la nivelul tiroidei	1,1152	5.22	2	16	0
426	10	C	K1070	Proceduri privind obezitatea	1,3357	-	-	-	-
427	10	C	K1080	Proceduri privind tiroglosul	0,6616	-	-	-	-
428	10	C	K1090	Alte proceduri in sala de operatii la nivel endocrin, nutritional si metabolic	2,7849	6.49	2	22	-
429	10	A	K2010	Proceduri endoscopice sau investigative pentru tulburari metabolice fara CC, de zi	0,3843	-	-	-	-
430	10	M	K3011	Diabet cu CC catastrofale sau severe	1,279	6.68	2	18	3
431	10	M	K3012	Diabet fara CC catastrofale sau severe	0,5734	6.03	2	18	2
432	10	M	K3020	Perturbare nutritionala severa	2,306	6.25	2	19	1
433	10	M	K3031	Diverse tulburari metabolice cu CC catastrofale	1,5185	6.32	2	20	-
434	10	M	K3032	Diverse tulburari metabolice varsta >74 sau cu CC severe	0,7246	5.17	2	14	-
435	10	M	K3033	Diverse tulburari metabolice varsta <75 fara CC catastrofale sau severe	0,3843	4.08	2	12	-
436	10	M	K3040	Erori innascute de metabolism	0,4158	5.06	1	16	-

437	10	M	K3051	Tulburari endocrine cu CC catastrofale sau severe	1,4239	5.23	2	14	-
438	10	M	K3052	Tulburari endocrine fara CC catastrofale sau severe	0,4851	4.58	2	12	-
439	11	C	L1011	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa cu CC catastrofale sau severe	4,0576	16.93	1	138	-
440	11	C	L1012	Insertie operatorie a cateterului peritoneal pentru dializa fara CC catastrofale sau severe	1,1971	-	-	-	-
441	11	C	L1021	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori cu CC catastrofale sau severe	4,1332	16.16	5	45	2
442	11	C	L1022	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori fara CC catastrofale sau severe	2,7345	13.76	5	34	2
443	11	C	L1031	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC catastrofale	3,6229	11.78	2	45	2
444	11	C	L1032	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne cu CC severe sau moderate	1,8461	9.14	2	33	1
445	11	C	L1033	Proceduri majore ale rinichiului, ureterului, si vezicii urinare pentru tumori benigne fara CC	1,279	8.51	2	31	1
446	11	C	L1041	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	2,2241	10	4	23	1
447	11	C	L1042	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8821	8.12	3	22	-
448	11	C	L1051	Proceduri minore ale vezicii urinare cu CC catastrofale sau severe	1,9847	9.49	2	31	1
449	11	C	L1052	Proceduri minore ale vezicii urinare fara CC catastrofale sau severe	0,6364	7.07	2	24	1

450	11	C	L1061	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei cu CC catastrofale sau severe	1,279	7.21	2	21	1
451	11	C	L1062	Proceduri transuretrale cu exceptia prostatectomiei fara CC catastrofale sau severe	0,523	5.77	2	16	1
452	11	C	L1071	Proceduri ale uretrei cu CC	0,8569	6.07	2	18	1
453	11	C	L1072	Proceduri ale uretrei fara CC	0,5419	5.98	2	19	-
454	11	C	L1081	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC catasatrofal	4,946	7.6	1	39	3
455	11	C	L1082	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar cu CC severe	2,1233	5.8	1	23	-
456	11	C	L1083	Alte proceduri pentru tulburari ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	1,0459	5.12	1	18	-
457	11	A	L2010	Ureteroscopie	0,6238	5.65	2	18	1
458	11	A	L2020	Cistouretroscopie, de zi	0,2016	-	-	-	-
459	11	A	L2030	Litotripsie extracorporeala pentru litiaza urinara	0,3969	4	1	13	-
460	11	M	L3011	Insuficienta renala cu CC catastrofale	2,2556	9.39	2	38	3
461	11	M	L3012	Insuficienta renala cu CC severe	1,216	7.43	2	25	2
462	11	M	L3013	Insuficienta renala fara CC catastrofale sau severe	0,6364	5.82	2	19	2
463	11	M	L3020	Internare pentru dializa renala	0,0945	-	-	-	-
464	11	M	L3031	Tumori ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	1,2601	5.94	1	24	2
465	11	M	L3032	Tumori ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.88	1	15	-
466	11	M	L3041	Infectii ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	1,6445	7.8	2	23	-
467	11	M	L3042	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta >69 sau cu CC severe	0,7435	6.44	2	19	2

468	11	M	L3043	Infectii ale rinichiului si tractului urinar varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	0,4284	5.42	2	15	1
469	11	M	L3050	Pietre si obstructie urinara	0,3276	4.59	2	14	1
470	11	M	L3061	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale sau severe	0,9262	5.01	2	15	-
471	11	M	L3062	Semne si simtome ale rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3339	4.53	1	14	-
472	11	M	L3070	Strictura uretrala	0,3528	5.13	1	16	-
473	11	M	L3081	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC catastrofale	2,0603	7.1	2	22	-
474	11	M	L3082	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar cu CC severe	0,8947	5.87	2	20	-
475	11	M	L3083	Alte diagnostice la nivelul rinichiului si tractului urinar fara CC catastrofale sau severe	0,3087	4.86	1	15	1
476	12	C	M1010	Proceduri majore pelvine la barbat	2,7723	15.69	7	35	2
477	12	C	M1021	Prostatectomie transuretrala cu CC catastrofale sau severe	1,6823	9.43	4	21	1
478	12	C	M1022	Prostatectomie transuretrala fara CC catastrofale sau severe	0,8695	8.25	3	20	1
479	12	C	M1031	Proceduri la nivelul penisului cu CC	1,0963	4.35	1	13	1
480	12	C	M1032	Proceduri la nivelul penisului fara CC	0,5734	3.76	1	12	0,5
481	12	C	M1041	Proceduri la nivelul testiculelor cu CC	1,0711	6.17	2	18	1
482	12	C	M1042	Proceduri la nivelul testiculelor fara CC	0,441	4.77	2	14	1
483	12	C	M1050	Circumcizie	0,3213	3.24	1	10	1
484	12	C	M1061	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin pentru starea maligna	1,9217	5.19	1	20	-
485	12	C	M1062	Alte proceduri chirugicale la nivelul sistemului reproductiv masculin exceptand cele pentru starea maligna	0,6049	7.17	2	22	1
486	12	A	M2010	Cistouretroscopie fara CC, de zi	0,189	-	-	-	-

487	12	M	M3011	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin cu CC catastrofale sau severe	1,0081	5.48	1	21	1
488	12	M	M3012	Stare maligna a sistemului reproductiv masculin fara CC catastrofale sau severe	0,3465	4.07	1	14	-
489	12	M	M3021	Hipertrofie prostatica benigna cu CC catastrofale sau severe	1,0837	5.09	2	16	-
490	12	M	M3022	Hipertrofie prostatica benigna fara CC catastrofale sau severe	0,2835	4.25	1	13	-
491	12	M	M3031	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin cu CC	0,7687	5.38	2	16	-
492	12	M	M3032	Inflamatii ale sistemului reproductiv masculin fara CC	0,3402	4.54	1	15	0
493	12	M	M3040	Sterilizare, barbati	0,2646	-	-	-	-
494	12	M	M3050	Alte diagnostice ale sistemului reproductiv masculin	0,252	4.12	1	13	-
495	13	C	N1010	Eviscerare a pelvisului si vulvectomie radicala	3,3456	11.8	4	28	3
496	13	C	N1021	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor cu CC	3,0243	10.22	4	26	2
497	13	C	N1022	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna ovariana sau a anexelor fara CC	1,6949	7.46	3	21	1
498	13	C	N1031	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor cu CC	2,5833	8.67	2	30	2
499	13	C	N1032	Proceduri uterine si ale anexelor pentru stare maligna non-ovariana sau a anexelor fara CC	1,5878	6.93	2	24	1
500	13	C	N1040	Histerectomie pentru stare nemaligna	1,1719	8.83	4	20	1
501	13	C	N1051	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope cu CC catastrofale sau severe	1,9784	8.6	3	21	1

502	13	C	N1052	Ovariectomie si proceduri complexe nemaligne ale trompei Fallope fara CC catastrofale sau severe	0,9955	7.47	3	20	1
503	13	C	N1060	Proceduri de reconstructie ale sistemului reproductiv feminin	0,9514	7.46	3	20	1
504	13	C	N1070	Alte proceduri la nivel uterin si anexe pentru stare nemaligna	0,5104	3.72	1	11	1
505	13	C	N1080	Proceduri endoscopice pentru sistemul reproductiv feminin	0,4536	4.25	2	12	1
506	13	C	N1090	Conizatie, proceduri la nivelul vaginului, colului uterin si vulvei	0,3087	4.03	1	13	1
507	13	C	N1100	Curetaj diagnostic si histeroscopie diagnostica	0,2898	2.79	1	8	1
508	13	C	N1111	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta >64 cu stare maligna sau cu CC	2,8668	3.98	1	12	1
509	13	C	N1112	Alte proceduri in sala de operatii ale sistemului reproductiv feminin varsta <65 fara neoplasm fara CC	0,3717	3.32	1	9	-
510	13	A	N2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru afectiuni ale sistemul reproductiv feminin	0,189	-	-	-	-
511	13	M	N3011	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin cu CC catastrofale sau severe	1,0963	6.52	1	26	2
512	13	M	N3012	Stare maligna a sistemului reproductiv feminin fara CC catastrofale sau severe	0,5797	5.25	1	19	1
513	13	M	N3020	Infectii, sistem reproductiv feminin	0,3969	4.11	2	12	-
514	13	M	N3031	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin cu CC	0,4347	4.09	2	12	1
515	13	M	N3032	Tulburari menstruale si alte tulburari ale sistemului genital feminin fara CC	0,1827	3.34	1	11	1
516	14	C	O1011	Nastere prin cezariana cu CC catastrofale	2,3123	7.51	3	19	1
517	14	C	O1012	Nastere prin cezariana cu CC severe	1,5752	7.17	3	18	1

518	14	C	O1013	Nastere prin cezariana fara CC catastrofale sau severe	1,2223	5.47	2	13	1
519	14	C	O1021	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,2412	5.37	2	13	1
520	14	C	O1022	Nastere vaginala cu proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9388	5.23	2	12	-
521	14	C	O1030	Sarcina ectopica	0,8128	6.14	2	16	1
522	14	C	O1040	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,586	3.08	1	9	1
523	14	C	O1050	Avort cu proceduri in sala de operatii	0,2835	2.51	1	7	1
524	14	A	O2010	Vaginoscopie/Colposcopie de zi, pentru sarcina, nastere sau lauzie	0,189	-	-	-	-
525	14	M	O3011	Nastere vaginala cu CC catastrofale sau severe	1,027	6.33	2	16	1
526	14	M	O3012	Nastere vaginala fara CC catastrofale sau severe	0,7309	4.99	2	12	1
527	14	M	O3013	Nastere vaginala singulara fara complicatii fara alte afectiuni	0,6238	4.72	2	11	-
528	14	M	O3020	Postpartum si post avort cu proceduri in sala de operatii	0,3402	5.44	1	18	-
529	14	M	O3030	Avort fara proceduri in sala de operatii	0,2394	2.94	1	9	-
530	14	M	O3041	Travaliu fals inainte de 37saptamani sau cu CC catastrofale	0,3276	3.82	1	12	-
531	14	M	O3042	Travaliu fals dupa 37 saptamani fara CC catastrofale	0,1449	3.62	1	11	-
532	14	M	O3051	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice	0,3654	4.17	2	12	1
533	14	M	O3052	Internare prenatala si pentru alte probleme obstetrice, de zi	0,0945	-	-	-	-
534	15	C	P1010	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare,, cu proceduri semnificative in sala de operatii	0,7561	2.41	1	7	-

535	15	C	P1020	Proceduri cardiotoracice/vasculare pentru nou-nascuti	15,7327	-	-	-	-
536	15	C	P1030	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	12,4375	-	-	-	-
537	15	C	P1040	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	9,9109	-	-	-	-
538	15	C	P1050	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii	6,414	12.38	2	47	-
539	15	C	P1061	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	10,1629	21.59	3	79	13
540	15	C	P1062	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g cu procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme multiple majore	3,27	4.67	2	10	1
541	15	M	P3011	Nou- nascut externat ca deces sau transfer, la interval <5 zile de internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu diagnostic neonatal	0,2709	1.7	1	5	-
542	15	M	P3012	Nou- nascut sau sugar subponderal, externat ca deces sau transfer, la interval <5zile de la internare, fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara diagnostic neonatal	0,4536	1.39	1	4	-
543	15	M	P3020	Nou- nascut, greutate la internare < 750 g	22,6886	-	-	-	-
544	15	M	P3030	Nou- nascut, greutate la internare 750-999 g	15,7579	15.83	2	68	-
545	15	M	P3040	Nou- nascut, greutate la internare 1000-1249 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	6,0801	20.11	1	112	-
546	15	M	P3050	Nou- nascut, greutate la internare 1250-1499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii	4,5113	21.79	1	130	-

547	15	M	P3061	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	4,6751	16.48	3	62	-
548	15	M	P3062	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	3,1944	14.04	2	55	-
549	15	M	P3063	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	2,3312	15.68	2	72	-
550	15	M	P3064	Nou- nascut, greutate la internare 1500-1999 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	2,1296	12.99	1	65	-
551	15	M	P3071	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,5581	13.01	2	52	-
552	15	M	P3072	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	2,0918	9.02	2	30	3,5
553	15	M	P3073	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	1,4176	7.84	2	24	4
554	15	M	P3074	Nou- nascut, greutate la internare 2000-2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,6301	6.98	2	20	-
555	15	M	P3081	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme multiple majore	2,2934	9.56	2	30	7
556	15	M	P3082	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu probleme majore	1,3042	6.1	2	15	3

557	15	M	P3083	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, cu alte probleme	0,7309	4.68	2	10	2
558	15	M	P3084	Nou- nascut, greutate la internare > 2499 g fara procedura semnificativa in sala de operatii, fara probleme	0,315	4.15	2	8	1
559	16	C	Q1010	Splenectomie	2,3753	13.15	4	35	2
560	16	C	Q1021	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice cu CC catastrofale sau severe	3,3582	5.31	1	17	1
561	16	C	Q1022	Alte proceduri in sala de operatii ale sangelui si organelor hematopoietice fara CC catastrofale sau severe	0,6175	4.82	1	15	1
562	16	M	Q3011	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate cu CC catastrofale sau severe	1,5563	5.36	2	16	2
563	16	M	Q3012	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe cu stare maligna	0,712	-	-	-	-
564	16	M	Q3013	Tulburari reticuloendoteliale si de imunitate fara CC catastrofale sau severe fara stare maligna	0,2331	5.19	2	17	-
565	16	M	Q3021	Tulburari ale globulelor rosii cu CC catastrofale	1,3168	7.34	2	24	2
566	16	M	Q3022	Tulburari ale globulelor rosii cu CC severe	0,649	5.81	2	19	2
567	16	M	Q3023	Tulburari ale globulelor rosii fara CC catastrofale sau severe	0,2268	5.45	1	19	2,5
568	16	M	Q3030	Anomalii de coagulare	0,3969	6.01	1	24	-
569	17	C	R1011	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	6,3195	11	2	44	-
570	17	C	R1012	Limfom si leucemie cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	2,0162	8.25	1	34	-

571	17	C	R1021	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, cu CC catastrofale sau severe	3,396	9.87	2	45	1
572	17	C	R1022	Alte tulburari neoplazice cu proceduri majore in sala de operatii, fara CC catastrofale sau severe	1,8398	6.04	1	29	1
573	17	C	R1031	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	4,8767	13.06	1	69	-
574	17	C	R1032	Limfom si leucemie cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,9892	6.47	1	28	-
575	17	C	R1041	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii cu CC catastrofale sau severe	1,5248	6.68	1	26	0
576	17	C	R1042	Alte tulburari neoplazice cu alte proceduri in sala de operatii fara CC catastrofale sau severe	0,712	4.39	1	16	1
577	17	M	R3011	Leucemie acuta cu CC catastrofale	5,387	15.83	2	80	2
578	17	M	R3012	Leucemie acuta cu CC severe	1,0648	7.83	1	38	-
579	17	M	R3013	Leucemie acuta fara CC catastrofale sau severe	0,6112	4.53	1	18	-
580	17	M	R3021	Limfom si leucemie non-acuta cu CC catastrofale	3,0936	6.84	1	29	2
581	17	M	R3022	Limfom si leucemie non-acuta fara CC catastrofale	1,0207	4.68	1	17	3
582	17	M	R3023	Limfom si leucemie non-acuta, de zi	0,1323	-	-	-	-
583	17	M	R3031	Alte tulburari neoplazice cu CC	1,1656	6.13	1	22	1
584	17	M	R3032	Alte tulburari neoplazice fara CC	0,4914	4.42	1	15	-
585	17	M	R3040	Chimioterapie	0,1512	-	-	-	-
586	17	M	R3050	Radioterapie	0,4095	-	-	-	-
587	18	M	S3010	HIV, de zi	0,189	-	-	-	-
588	18	M	S3021	Boli conexe HIV cu CC catastrofale	5,4627	9.03	1	37	-
589	18	M	S3022	Boli conexe HIV cu CC severe	2,432	6.32	2	19	-

590	18	M	S3023	Boli conexe HIV fara CC catastrofale sau severe	1,5941	4.3	1	14	-
591	18	C	T1011	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC catastrofale	5,6769	10.26	2	41	2
592	18	C	T1012	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazitare cu CC severe sau moderate	2,4888	6.81	2	21	1
593	18	C	T1013	Proceduri in sala de operatii pentru boli infectioase si parazaitare fara CC	1,3231	6.57	2	23	-
594	18	M	T3011	Septicemie cu CC catastrofale sau severe	1,7327	8.42	2	28	2
595	18	M	T3012	Septicemie fara CC catastrofale sau severe	0,8254	6.44	2	20	-
596	18	M	T3021	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta >54 sau cu (CC catastrofale sau severe)	0,9514	8.45	2	31	-
597	18	M	T3022	Infectii postoperatorii si posttraumatice varsta <55 fara CC catastrofale sau severe	0,5545	6.58	2	21	-
598	18	M	T3031	Febra de origine necunoscuta cu CC	0,8443	5.28	2	15	-
599	18	M	T3032	Febra de origine necunoscuta fara CC	0,3969	4.3	1	13	-
600	18	M	T3041	Boala virala varsta >59 sau cu CC	0,5734	6.06	2	17	-
601	18	M	T3042	Boala virala varsta <60 fara CC	0,3087	4.91	2	15	-
602	18	M	T3051	Alte boli infectioase sau parazitare cu CC catastrofale sau severe	1,8146	6.01	2	17	2
603	18	M	T3052	Alte boli infectioase sau parazitare fara CC catastrofale sau severe	0,5608	5.44	2	16	-
604	19	A	U2010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, cu terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1197	-	-	-	-
605	19	M	U3010	Tratament al sanatatii mentale, de zi, fara terapie electroconvulsiva (ECT)	0,1134	-	-	-	-
606	19	M	U3021	Tulburari schizofrenice cu statut legal al sanatatii mentale	2,3942	-	-	-	-
607	19	M	U3022	Tulburari schizofrenice fara statut legal al sanatatii mentale	1,3168	16.62	3	60	-

608	19	M	U3031	Paranoia si tulburare psihica acuta cu CC catastrofale/sever sau cu statut legal al sanatatii mentale	1,928	12.21	3	41	-
609	19	M	U3032	Paranoia si tulburare psihica acuta fara CC catastrofale/sever fara statut legal al sanatatii mentale	0,9325	13.46	3	48	-
610	19	M	U3041	Tulburari afective majore varsta >69 sau cu (CC catastrofale sau severe)	2,2367	12.91	4	38	-
611	19	M	U3042	Tulburari afective majore varsta <70 fara CC catastrofale sau severe	1,4996	12.69	4	36	-
612	19	M	U3050	Alte tulburari afective si somatoforme	0,8695	11.18	3	37	-
613	19	M	U3060	Tulburari de anxietate	0,6553	8.7	2	33	-
614	19	M	U3070	Supralimentatie si tulburari obsesiv-compulsive	3,3204	5.37	2	17	-
615	19	M	U3080	Tulburari de personalitate si reactii acute	0,8002	10.17	2	42	-
616	19	M	U3090	Tulburari mentale in copilarie	1,6634	5.54	2	18	-
617	20	M	V3011	Intoxicatie cu alcool si sevraj cu CC	0,5545	9.95	2	42	-
618	20	M	V3012	Intoxicatie cu alcool si sevraj fara CC	0,2457	8.62	1	37	-
619	20	M	V3020	Intoxicatii medicamentoase si sevraj	0,7309	11.81	2	55	-
620	20	M	V3031	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool	0,6805	10.43	2	44	-
621	20	M	V3032	Tulburare si dependenta datorita consumului de alcool, de zi	0,0882	-	-	-	-
622	20	M	V3041	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee	0,3843	7.38	1	29	-
623	20	M	V3042	Tulburare si dependenta datorita consumului de opiacee, pacient plecat impotriva avizului medical	0,3591	-	-	-	-
624	20	M	V3050	Alte tulburari si dependente datorita consumului de droguri	0,3843	8.91	1	40	-
625	21	C	W1010	Proceduri de ventilare sau craniotomie pentru traummatisme multiple semnificative	15,2538	30.71	6	103	14

626	21	C	W1020	Proceduri la sold, femur si membru pentru traumatisme multiple semnificative, inclusiv implant	5,9478	16.56	5	47	3
627	21	C	W1030	Proceduri abdominale pentru traumatisme multiple semnificative	4,5617	15.17	4	45	4
628	21	C	W1040	Alte proceduri in sala de operatii pentru traumatisme multiple semnificative	5,0405	17.94	3	71	-
629	21	M	W3010	Traumatisme multiple, decedat sau transferat la alta unitate de ingrijiri acute, LOS<5 zile	0,9766	1.38	1	5	1
630	21	M	W3020	Traumatisme multiple fara proceduri semnificative	2,0036	7.78	2	29	3
631	21	C	X1010	Transfer de tesut microvascular sau grefa de piele pentru leziuni ale mainii	0,838	5.13	1	18	-
632	21	C	X1021	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta >59 sau cu CC	1,8272	12.27	2	55	1
633	21	C	X1022	Alte proceduri pentru leziuni ale membrului inferior varsta <60 fara CC	0,7624	8.77	1	35	-
634	21	C	X1030	Alte proceduri pentru leziuni ale mainii	0,5545	4.4	1	16	1
635	21	C	X1041	Alte proceduri pentru alte leziuni cu CC catastrofale sau severe	2,1611	5.82	1	22	1
636	21	C	X1042	Alte proceduri pentru alte leziuni fara CC catastrofale sau severe	0,6553	3.89	1	14	1
637	21	C	X1051	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular sau cu (CC catastrofale sau severe)	3,5158	18.67	2	90	-
638	21	C	X1052	Grefe de piele pentru leziuni ale extremitatilor mainii cu transfer de tesut microvascular fara CC catastrofale sau severe	1,5437	14.29	2	68	-
639	21	M	X3011	Leziuni varsta >64 cu CC	0,8506	5.99	2	21	-
640	21	M	X3012	Leziuni varsta >64 fara CC	0,2772	5.89	1	21	-

641	21	M	X3013	Leziuni varsta <65	0,2268	4.26	1	14	1
642	21	M	X3020	Reactii alergice	0,2457	4.36	1	14	-
643	21	M	X3031	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta >59 sau cu CC	0,586	3.76	1	13	1
644	21	M	X3032	Otravire/efecte toxice ale medicamentelor si ale altor substante varsta <60 fara CC	0,2457	2.2	1	6	1
645	21	M	X3041	Sechele ale tratamentului cu CC catastrofale sau severe	0,9577	5.88	2	17	-
646	21	M	X3042	Sechele ale tratamentului fara CC catastrofale sau severe	0,3906	6.83	2	25	-
647	21	M	X3051	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta >59 sau cu CC	0,649	8.66	2	34	-
648	21	M	X3052	Alta leziune, otravire si diagnostic privind efectele toxice varsta <60 fara CC	0,2268	7.12	1	30	-
649	22	C	Y1010	Arsuri grave, cu adancime completa	28,8695	19.53	2	113	6
650	22	C	Y1021	Alte arsuri cu grefa de piele varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	5,9163	24.61	5	80	2
651	22	C	Y1022	Alte arsuri cu grefa de piele varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	1,9469	22.49	3	108	-
652	22	C	Y1030	Alte proceduri in sala de operatii pentru alte arsuri	1,1971	11.63	2	49	2
653	22	M	Y2011	Alte arsuri varsta >64 sau cu (CC catastrofale sau severe) sau cu proceduri complicate	1,5311	10.07	2	35	-
654	22	M	Y2012	Alte arsuri varsta <65 fara (CC catastrofale sau severe) fara proceduri complicate	0,4347	6.43	1	23	-
655	22	M	Y3010	Arsuri, pacienti trasferati catre alte unitati de ingrijiri acute < 5 zile	0,252	-	-	-	-
656	22	M	Y3020	Arsuri grave	0,9325	12.61	2	57	-

657	23	C	Z1011	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate cu CC catastrofale/sever	1,0585	3.76	1	14	-
658	23	C	Z1012	Proceduri in sala de operatii cu diagnostice stabilite prin contacte cu alte serviciile de sanatate fara CC catastrofale/sever	0,4536	2.91	1	10	-
659	23	A	Z2010	Monitorizare dupa tratament complet cu endoscopie	0,1701	-	-	-	-
660	23	M	Z3011	Reabilitare cu CC catastrofale sau severe	2,1989	11.93	4	29	-
661	23	M	Z3012	Reabilitarere fara CC catastrofale sau severe	1,1341	10.22	6	18	-
662	23	M	Z3013	Reabilitare, de zi	0,1575	-	-	-	-
663	23	M	Z3020	Semne si simptome	0,441	5.52	2	19	-
664	23	M	Z3030	Monitorizare fara endoscopie	0,189	4.92	1	18	-
665	23	M	Z3041	Alte post ingrijiri cu CC catastrofale sau severe	1,5122	3.26	1	11	-
666	23	M	Z3042	Alte post ingrijiri fara CC catastrofale sau severe	0,4914	3.73	1	13	-
667	23	M	Z3051	Alti factori care influenteaza starea de sanatate	0,5923	4.21	1	16	-
668	23	M	Z3052	Alti factori care influenteaza starea de sanatate, de zi	0,1323	-	-	-	-
669	23	M	Z3060	Anomalii congenitale multiple, nespecificate sau altele	0,441	4.6	2	14	-

NOTA:

"-" semnifica un numar insuficient de cazuri pentru calcularea indicatorului, sau, după caz, grupa de spitalizare de zi, pentru care nu se aplică limite ale duratelor de spitalizare

DMS si limitele duratei de spitalizare pentru fiecare grupa de diagnostice au fost calculate pe baza datelor raportate de spitale in perioada 01.01-30.04.2011.

Mediana duratei de spitalizare in sectiile ATI la nivel national, a fost calculata luand in considerare toate cazurile raportate si validate in perioada 01.01-30.04.2011 pentru o anumita grupa de diagnostice, pentru care s-a inregistrat minim un transfer intraspitalicesc in sectia Anestezie si terapie Intensiva – ATI.

M - categorie Medicala, C - categorie chirurgicala, A - Alte categorii

Definirea termenilor utilizaţi în sistemul DRG

Grupe de Diagnostice (Diagnostic Related Groups - DRG): o schemă de clasificare a pacienţilor externaţi (în funcţie de diagnostic), care asigură o modalitate de a asocia tipurile de pacienţi cu cheltuielile spitaliceşti efectuate

Categorii majore de diagnostice (CMD): o clasificare mai largă a pacienţilor doar pe baza diagnosticelor.

Valoare relativă (VR): Număr fără unitate care exprimă raportul dintre tariful unui DRG şi tariful mediu al tuturor DRG-urilor.

Coeficient atribuit în funcţie de cantitatea relativă de muncă, consumabile şi resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecţiunea/afecţiunile respective.

Grouper: aplicaţie computerizată (software) care permite alocarea automată a unui pacient într-un anumit DRG (pe baza datelor ce caracterizează fiecare caz externat)

Cazuri rezolvate (cazuri externate - CR): totalitatea cazurilor externate dintr-un spital, indiferent de tipul externării (externat, externat la cerere, transfer inter-spitalicesc, decedat)

Durata de spitalizare (DS): numărul de zile de spitalizare ale unui caz rezolvat, între momentul internării şi cel al externării din spital

Cazuri normale (CN): cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durata de spitalizare asemănătoare din punct de vedere statistic

Cazuri extreme (ca durată de spitalizare) - "outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte diferite faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mici (ca durată de spitalizare) CEMC - "low outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mici faţă de cea a cazurilor normale

Cazuri extreme mari (ca durată de spitalizare) CEMR - "high outliers": cazuri externate clasificate în acelaşi DRG cu durate de spitalizare foarte mari faţă de cea a cazurilor normale

Interval de normalitate: un interval definit statistic care conţine un procent semnificativ de observaţii (de exemplu 95% din observaţii)

Intervalul de normalitate pentru durata de spitalizare: intervalul definit statistic care conţine un procent semnificativ (de exemplu 90%) de cazuri cu durate de spitalizare asemănătoare ale cazurilor externate

Limitele intervalului de normalitate pentru durata de spitalizare: valorile extreme (ale duratei de spitalizare) ce delimitează intervalul de normalitate, adică limita inferioară şi limita superioară a duratei de spitalizare

Limitele intervalului de normalitate se calculează pentru durata de spitalizare a fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât se obţine o limită inferioară (LINF) şi o limită superioară (LSUP) pentru fiecare grupă de diagnostice (DRGi). Aceste valori ale limitelor sunt prezentate în anexa 17 a).
Indice de echivalenţă - e: o pondere asociată fiecărui caz rezolvat, în funcţie de durata de spitalizare a cazului şi limitele de normalitate ale duratei de spitalizare pentru respectivul tip de caz (DRG).
e = 1 pentru LINF <= DS <= LSUP
e = DS/LINF pentru DS < LINF
e = DS/LSUP pentru DS > LSUP, e maxim = 3
Exemplu pentru un pacient externat, clasificat în DRGi, cu DS de 2 zile:
LINF pentru DRGi este 3 zile
LSUP pentru DRGi este 18 zile
Se observă că acest caz este un caz extrem mic (DS < LINF), deci e = DS/LINF = 2/3
Cazuri echivalente (CE): cazurile externate într-o anumită perioadă, ajustate pe baza indicelui de echivalenţă

CE = Σ(CRi x ei)

Coeficientul K al cazurilor extreme (K) - un indicator ce reflectă impactul financiar al cazurilor extreme la nivelul unui spital

K = Σ (CEi x VRi) / Σ (CRi x VRi)

Cazuri ponderate (CP): pacienţi "virtuali" generaţi prin ajustarea cazurilor externate, în funcţie de resursele asociate cu fiecare tip de caz. Se pot calcula pentru cazurile externate şi pentru cazurile echivalente

Nr. CP = Σ (VRDRGi x CRDRGi)

Case-mix (Complexitatea cazurilor): Tipurile de pacienţi trataţi într-un spital, în funcţie de diagnostic şi gravitate
Indicele de case mix (Indicele de complexitate a cazurilor): Număr (fără unitate) care exprimă resursele necesare spitalului în concordanţă cu pacienţii trataţi
ICM pentru spitalul A = Total nr. cazuri ponderate (CP) / Total nr. cazuri rezolvate (CR) spital A
Costul pe caz ponderat (Rata de bază) - CCP(RB): Valoare de referinţă, ce reflectă costul unui caz ponderat. Poate fi calculat la nivel de spital, regional, naţional.
- pentru un spital:
CCPs = bugetul aferent cazurilor acute / nr. total cazuri ponderate
- la nivel naţional:
CCPN = bugetele aferente cazurilor acute la nivel naţional / nr. total cazuri ponderate
Tariful pe caz ponderat (TCP) - valoarea de rambursare a unui caz ponderat la nivel de spital
Tariful pe caz rezolvat (TCR) - valoarea de rambursare a unui caz rezolvat la nivel de spital
TCR = TCP x ICM
Tariful pe tip de caz (TC): valoarea de rambursare pentru fiecare tip de caz (DRG). Poate fi

calculat la nivel de spital, regional, naţional.
TCDRGi = TCP x VRDRGi
Abrevieri:
CMD = Categorii majore de diagnostice
DRG = Grupe de diagnostice
VR = Valoare Relativă
DS = Durată de spitalizare
CR = Cazuri rezolvate (externate)
CN = Cazuri normale
CEMC = Cazuri extreme mici
CEMR = Cazuri extreme mari
LINF = Limita inferioară a intervalului de normalitate
LSUP = Limita superioară a intervalului de normalitate
e = Indicele de echivalenţă
CE = Cazuri echivalente
K = Coeficientul cazurilor extreme
CP = Cazuri ponderate
ICM = Indice de case mix (indice de complexitate a cazurilor)
CCP = Costul pe caz ponderat
RB = Rata de bază
TCP = Tariful pe caz ponderat
TC = Tariful pe tip de caz

ANEXA 17 C

TARIFELE MAXIMALE PE ZI DE SPITALIZARE, PE SECŢIE/COMPARTIMENT PENTRU SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE PRECUM ŞI PENTRU SECŢIILE ŞI COMPARTIMENTELE DE CRONICI/RECUPERARE ŞI NEONATOLOGIE –PREMATURI DIN ALTE SPITALE INCLUSIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Nr. crt.	Denumire secţie/compartiment	Codul secţiei/compartimentului*	Tarif maximal pe zi de spitalizare 2011 (lei)
1	Recuperare, medicina fizica si balneologie	1371	211,50
2	Recuperare, medicina fizica si balneologie copii	1372	113,54
3	Cronici	1061	207,50
4	Distrofici - Pediatrie(Recuperare pediatrica)	1272	148,00
5	Pneumoftiziologie	1301	209,50
6	Pneumoftiziologie copii	1302	270,00
7	Pediatrie cronici	1282	290,96
8	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul II	1222.1	500
9	Neonatologie(prematuri) aferente unei maternităţi de gradul III	1222.2	1.000
10.	Psihiatrie cronici	1333	117,50
11	Psihiatrie cronici(lunga durata)	1333	101,84
12	Recuperare medicala - cardiovasculara	1383	212,50
13	Recuperare medicala - ortopedie şi traumatologie	1403	281,00
14	Recuperare medicala - respiratorie	1413	268,50
15	Pediatrie (Recuperare pediatrica)	1272	208,33
16	Recuperare neuropsihomotorie	1423	216,50
17	Recuperare medicală - neurologie	1393	227,84
18	Recuperare medicală		220,95
19	Geriatrie, gerontologie	1121	179,00
20	Îngrijiri paliative		246,57

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare
NOTA 1: Pentru spitalele clasificate în categoria I, I M, II şi II M, tariful maximal pe zi de spitalizare pe 2011 se poate majora cu 30%
NOTA 2: Tariful contractat pentru anul 2011 trebuie să îndeplinească cumulativ următoarele condiţii:

a) nu poate fi mai mare decât tariful maximal pe zi de spitalizare 2011
b) nu poate mai mare decât tariful contractat în anul 2010 + 15%

NOTA 3 : Pentru spitalele care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2010, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2011 este diminuat cu 20%.

TARIFUL MEDIU PE CAZ - MAXIMAL PENTRU SPITALELE DE ACUŢI NON DRG, RESPECTIV PENTRU SECŢIILE/COMPARTIMENTELE DE ACUŢI DIN SPITALELE DE CRONICI ŞI DE RECUPERARE

Nr. crt.	Grupa	Secţia/compartimentul (acuţi)	Codul secţiei/ Compartimentului*	Tarif mediu pe caz rezolvat - maximal 2011 - lei -
1.	Medicale	Boli infectioase	1011	1.180,54
2.	Medicale	Boli infectioase copii	1012	980,79
3.	Medicale	Boli parazitare	1033	1.809,74
4.	Medicale	Cardiologie	1051	1.053,92
5.	Medicale	Cardiologie copii	1052	948,23
6.	Medicale	Dermatovenerologie	1071	1.119,20
7.	Medicale	Dermatovenerologie copii	1072	819,60
8.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice	1081	1.078,30
9.	Medicale	Diabet zaharat, nutritie si boli metabolice copii	1082	1.110,94
10.	Medicale	Endocrinologie	1101	947,44
11.	Medicale	Endocrinologie copii	1102	1.020,83
12.	Medicale	Gastroenterologie	1111	1.162,06
13.	Medicale	Hematologie	1131	1.537,30
14.	Medicale	Hematologie copii	1132	995,35
15.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie	1151	1.166,33
16.	Medicale	Imunologie clinica si alergologie copii	1152	870,33
17.	Medicale	Medicina interna	1171	958,22
18.	Medicale	Nefrologie	1191	1.173,29
19.	Medicale	Nefrologie copii	1192	878,24
20.	Medicale	Neonatologie (nn si prematuri)	1202	928,43
21.	Medicale	Neonatologie (nou nascuti)	1212	856,40

22.	Medicale	Neurologie	1231	1.319,02
23.	Medicale	Neurologie pediatrica	1232	1.067,29
24.	Medicale	Oncologie medicala	1241	1.044,47
25.	Medicale	Oncopediatrie	1242	1.281,00
26.	Medicale	Pediatrie	1252	913,73
27.	Medicale	Pneumologie	1291	1.051,37
28.	Medicale	Pneumologie copii	1292	801,68
29.	Medicale	Psihiatrie acuti	1311	1.404,69
30.	Medicale	Psihiatrie pediatrica	1312	1.358,47
31.	Medicale	Psihiatrie (Nevroze)	1321	1.422,66
32.	Medicale	Psihiatrie (acuti si cronici)	1343	1.494,72
33.	Medicale	Reumatologie	1433	1.003,53
34.	Chirurgicale	Arsi	2013	3.252,54
35.	Chirurgicale	Chirurgie cardiovasculara	2033	4.388,38
36.	Chirurgicale	Chirurgie cardiaca si a vaselor mari	2043	3.406,56
37.	Chirurgicale	Chirurgie generala	2051	1.328,90
38.	Chirurgicale	Chirurgie si ortopedie pediatrica	2092	1.016,84
39.	Chirurgicale	Chirurgie pediatrica	2102	1.279,64
40.	Chirurgicale	Chirurgie plastica si reparatorie	2113	1.433,34
41.	Chirurgicale	Chirurgie toracica	2123	1.684,22
42.	Chirurgicale	Chirurgie vasculara	2133	2.400,42
43.	Chirurgicale	Ginecologie	2141	775,45
44.	Chirurgicale	Neurochirurgie	2173	2.133,53
45.	Chirurgicale	Obstetrica	2181	990,61
46.	Chirurgicale	Obstetrica-ginecologie	2191	850,26
47.	Chirurgicale	Oftalmologie	2201	711,69
48.	Chirurgicale	Oftalmologie copii	2202	772,37
49.	Chirurgicale	Ortopedie si traumatologie	2211	1,348,12
50.	Chirurgicale	Ortopedie pediatrica	2212	1.003,41
51.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL)	2221	1.209,94
52.	Chirurgicale	Otorinolaringologie (ORL) copii	2222	1.289,06
53.	Chirurgicale	Urologie	2301	1.096,45
54.	Stomatologie	Chirurgie maxilo-faciala	6013	1.061,51

*) conform Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare

ANEXA 18
- model -

A. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
..... |_____|

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN RMN

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU | Programare examen RMN
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU
6. S-au epuizat celelalte metode | *) Se va aplica semnătura şi parafa
de diagnostic: | medicului de specialitate radiologie şi
| imagistică medicală
| Precizări: .....
DA/NU | .....
7. Dg. trimitere ..... | Observaţii speciale legate de pacient:
..... | 1. Asistat cardiorespirator ..... DA/NU
..... | 2. Cooperare previzibilă Normală/Dificilă
8. Date clinice şi paraclinice | 3. Antecedente alergice ..... DA/NU
care să justifice explorarea | 4. Astm bronşic ..... DA/NU
RMN: | 5. Crize epileptice ..... DA/NU
..... | 6. Suspiciune de sarcină ..... DA/NU
..... | 7. Claustrofobie
..... | 8. Clipuri chirurgicale, materiale
..... | metalice de sutură
..... | 9. Valve cardiace, ventriculare
..... | 10. Proteze auditive
..... | 11. Dispozitive intrauterine
9. Examen CT/RMN anterior: DA/NU | 12. Proteze articulare, materiale de
| osteosinteză
Dacă DA Data ..... Unde ..... | 13. Materiale stomatologice
Trimis de (spital, clinică) | 14. Alte proteze
..... | 15. Meserii legate de prelucrarea
Medic solicitant .... Data: .... | metalelor (schije, obiecte metalice)
Semnătura şi parafa medicului | 16. Corpi străini intraocular
solicitant | 17. Schije, gloanţe, obiecte metalice
|
| Semnătura pacientului
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii**):
(semnătura şi parafa)

În caz de urgenţă, rezultatul verbal va fi disponibil în 1 - 2 ore pentru medicul solicitant, iar rezultatul scris în cel mult 12 ore. În celelalte cazuri, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 2 - 3 ore, iar rezultatul scris în cel mult 24 de ore.

| PREZENŢA UNUI PACEMAKER ESTE O CONTRAINDICAŢIE ABSOLUTĂ PENTRU EXAMINARE!!! |

**) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

B. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament | URGENŢĂ: DA/NU |
..... |

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN CT

Organ ţintă/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg | Programare examen CT
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU |
Alte case ..... | Data: .....
| Ora: .....
5. Internat DA/NU - |
Secţia ..... nr. FO ..... | Substanţă contrast: DA*) ...../NU

	*) Se va aplica semnătura şi parafa medicului de specialitate radiologie şi imagistică medicală
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Precizări: .....
7. Dg. trimitere	....
8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea CT:	Diagnostic CT stabilit ....
9. Examen CT anterior: DA/NU	.....
10. Toleranţă la substanţa iodată: DA/NU	....
Trimis de (spital, clinică) ..... Medic solicitant ..... Data:	

Semnătura şi parafa medicului solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea responsabilităţii*):

(semnătura şi parafa)

Pentru URGENŢE rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în 12 ore; pentru celelalte cazuri rezultatul va fi disponibil în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

C. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament .....

URGENŢĂ: DA/NU

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN SCINTIGRAFIC

Tip de examen scintigrafic indicat	
Organ/segment anatomic de examinat	
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon	
2. Cod numeric personal	
3. Greutate ..... Kg	Programare examen scintigrafic
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU Alte case	Data: ..... Ora: .....
5. Internat DA/NU - Secţia ..... nr. FO	
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU	Precizări*): .....
7. Dg. trimitere	....
8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea	Diagnostic scintigrafic stabilit ....
9. Examen scintigrafic anterior: DA/NU	*) Sarcina reprezintă contraindicaţie de efectuare a examenului scintigrafic
10. Stări alergice*): DA/NU	Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ..... Medic solicitant Data:	(acolo unde este necesară confirmarea)

Semnătura şi parafa medicului solicitant

Aviz şef secţie solicitantă cu asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

---

*) numai pentru asiguraţii internaţi prin spitalizare continuă sau de zi

D. FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

UNITATEA SANITARĂ ..... Tel.:
DEPARTAMENTUL ..... Fax:

Şef departament .....

URGENŢĂ: DA/NU

FIŞA DE SOLICITARE EXAMEN ANGIOGRAFIC

Tip de examen angiografic indicat .....
Organ/segment anatomic de examinat .....
1. Pacient: Nume ..... Prenume ..... telefon .....
2. Cod numeric personal .....
3. Greutate ..... Kg
4. Asigurat CASA JUDEŢEANĂ DA/NU
Alte case .....
5. Internat DA/NU -
Secţia ..... nr. FO .....
6. S-au epuizat celelalte metode de diagnostic: DA/NU
7. Dg. trimitere .....
.....
.....
8. Date clinice şi paraclinice care să justifice explorarea
.....
.....
.....
.....
.....
.....
9. Examen angiografic anterior: DA/NU
10. Puls: - arteră femurală dreaptă
.....
- arteră femurală stângă
.....

10. Stări alergice*): DA/NU
- la substanţa de contrast .....
- alte alergii .....

Programare examen angiografic

Data: .....
Ora: .....

Precizări*): .....
.....
.....

Observaţii speciale legate de pacient:
1) Pacient diabetic ..... DA/NU
- în tratament cu sulfamide hipoglicemiante ..... DA/NU
(dacă DA se opreşte tratamentul cu 48 de ore înaintea investigaţiei)
2) Hepatita ..... DA/NU
Diagnostic angiografic stabilit
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*) - Pacientul se va prezenta obligatoriu cu următoarele teste efectuate: activitatea protrombinică şi timpul de protrombină determinate în ziua efectuării investigaţiei, creatinină, uree, ECG, tensiune arterială, antigen HbS, test HIV
- Administrarea anticoagulantelor cumarinice trebuie oprită cu 72 de ore înaintea investigaţiei; medicaţia antihipertensivă şi antiaritmică NU se opreşte;

| Semnătura pacientului
Trimis de (spital, clinică) ..... | (acolo unde este necesară confirmarea)
|
Medic solicitant Data: |
Semnătura şi parafa medicului |
solicitant |
Aviz şef secţie solicitantă cu
asumarea responsabilităţii*):
(semnătura şi parafa)

Pentru urgenţe, rezultatul verbal va fi disponibil pentru medicul solicitant în 1 - 2 ore, iar rezultatul scris în maximum 12 ore. Pentru celelalte cazuri, rezultatul va fi disponibil pentru medicul solicitant în 12 ore, iar rezultatul scris în 24 ore.

Semnătura şi parafa medicului care a efectuat investigaţia

NOTA la anexa nr. 18:

Pentru ca examenele de CT, RMN, scintigrafie şi angiografie să fie decontate de casele de asigurări de sănătate, fişele de solicitare pentru aceste investigaţii trebuie să conţină toate datele solicitate conform modelelor.

În caz contrar casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile respective.

ANEXA 19

DURATA OPTIMĂ DE SPITALIZARE/SECŢII

valabilă pentru toate categoriile de spitale, stabilită de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii

Secţia sau compartimentul	Durata optimă de spitalizare (zile)
1. Anestezie şi terapie intensivă - ATI	5
2. Recuperare, medicină fizică şi balneologie	12
3. Boli infecţioase	10
4. Cardiologie	8,70
5. Chirurgie generală	7
6. Chirurgie pediatrică	4
7. Chirurgie cardiovasculară	9
8. Chirurgie vasculară	7
9. Chirurgie toracică	9
10. Chirurgie orală şi maxilo-facială	5
11. Chirurgie plastică - microchirurgie reconstructivă*)	7
12. Cronici	14
13. Dermato-venerologie	7
14. Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice	6,5
15. Endocrinologie	7

16. Pneumologie - TBC**)	40
17. Pneumologie	12
18. Gastro-enterologie	6
19. Ginecologie	4,5
20. Hematologie	9
21. Medicină generală	7
22. Medicină internă	8
23. Nefrologie	8
24. Neurochirurgie	7
25. Neurologie	9,5
26. Neuropsihiatrie	14
27. Nevroze	14,12
28. Neonatologie	5
29. Obstetrică	5
30. Obstetrică-ginecologie	5
31. Oftalmologie	5
32. Oncologie medicală	7
33. Otorinolaringologie - O.R.L.	6
34. Ortopedie şi traumatologie	9,3
35. Pediatrie	7
36. Neonatologie - prematuri***)	16,5
37. Psihiatrie acuţi	17
38. Psihiatrie cronici	50
39. Reumatologie	10
40. Urologie	8,5
41. Geriatrie şi gerontologie	14
42. Alergologie şi imunologie clinică	8
43. Toxicologie	5
44. Toxicodependenţă	21
45. Alte specialităţi medicale	5

*) Pentru secţiile de arşi, durata optimă de spitalizare este de 14 zile.

**) Pentru tuberculoza multidrogrezistentă (TB MDR) durata optimă de spitalizare este de 120 de zile.

***) pentru prematurul mic şi foarte mic durata optimă de spitalizare este de 110 zile.

NOTĂ:

1. La spitalele/secţiile de psihiatrie cronici, pentru internările obligatorii pentru bolnavii psihic încadraţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal şi cele dispuse prin ordonanţa procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi pentru bolnavii care necesită asistenţă medicală spitalicească de lungă durată (ani), duratele medii de spitalizare sunt cele efectiv realizate în anul precedent.

„2. Pentru Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie de Copii Bucureşti, Sectia de Patologie Neuromusculară <<Dr. Radu Horia>> din cadrul Spitalului de Cardiologie <<Dr. Benedek Geza>> Covasna, judeţul Covasna, durata optimă de spitalizare este de 30 de zile, iar pentru Centrul Medical de Recuperare Neuropsihomotorie <<Gura Ocniţei>>, judeţul Dâmboviţa şi Spitalul de Recuperare Neuropsihomotorie <<Dezna>>, judeţul Arad, durata optimă de spitalizare este de 17 zile."

3. La spitalele/secţiile aferente poziţiei nr. 2 din tabel, durata optimă de spitalizare pentru recuperare pediatrică - distrofici şi patologie posttraumatică sau neurologică de tip infirmitate motorie cerebrală pediatrică este de 60 de zile, iar pentru recuperare medicală, alta decât cea de medicină fizică şi balneologie, este de 21 de zile, cu excepţia cazurilor complexe după intervenţii neurochirurgicale: traumatisme vertebro-medulare, traumatisme cranio-cerebrale, tumori operate şi cazuri complexe neurologice: hemiplegie, boala Parkinson, scleroza multiplă, sechele motorii postencefalopatii, pentru care durata optimă de spitalizare este de 30 de zile.

4. Pentru Spitalul de Cardiologie <<Dr. Benedek Geza>> Covasna, durata optimă de spitalizare este de 16 zile. Pentru secţia de recuperare, medicină fizică şi balneologie copii - Băile 1 Mai din cadrul Spitalului Clinic de Recuperare Medicală Băile Felix, durata optimă de spitalizare este de 21 de zile.

ANEXA 19 A

I. Contul de execuţie a bugetului instituţiei publice - Cheltuieli la data de .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

A - anuale
B - trimestriale
C - bugetare
D - legale
E - totale
F - pe luna anterioară

- mii lei -

Denumirea indicatorului	Clasificaţia bugetară	Credite bugetare		Angajamente		Plăţi efectuate, din care:	
		A	B	C	D	E	F
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01						
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10						
Cheltuieli salariale în bani	10,01						
Salarii de bază	10,01,01						
Salarii de merit	10,01,02						
Indemnizaţii de conducere	10,01,03						

Spor de vechime	10,01,04						
Alte sporuri	10,01,06						
Ore suplimentare	10,01,07						
Fond de premii	10,01,08						
Prima de vacanţă	10,01,09						
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10,01,12						
Indemnizaţii de delegare	10,01,13						
Indemnizaţii de detaşare	10,01,14						
Alocaţii pentru locuinţe	10,01,16						
Alte drepturi salariale în bani	10,01,30						
Contribuţii	10,03						
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10,03,01						
Contribuţii de asigurări de şomaj	10,03,02						
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10,03,03						
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10,03,04						
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10,03,06						
Contribuţii la Fondul de garantare a creanţelor salariale	10,03,07						
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII total,	20						
Bunuri şi servicii	20,01						
Furnituri de birou	20,01,01						
Materiale pentru curăţenie	20,01,02						
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20,01,03						
Apă, canal şi salubritate	20,01,04						
Carburanţi şi lubrifianţi	20,01,05						
Piese de schimb	20,01,06						
Transport	20,01,07						
Poştă, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20,01,08						
Materiale şi prestări							

servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20,01,09						
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20,01,30						
Reparaţii curente	20,02						
Medicamente şi materiale sanitare	20,04						
Hrană	20,03						
Hrană pentru oameni	20,03,01						
Hrană pentru animale	20,03,02						
Medicamente	20,04,01						
Materiale sanitare	20,04,02						
Reactivi	20,04,03						
Dezinfectanţi	20,04,04						
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20,05						
Alte obiecte de inventar	20,05,30						
Deplasări, detaşări, transferări	20,06						
Deplasări interne, detaşări, transferări	20,06,01						
Deplasări în străinătate	20,06,02						
Materiale de laborator	20,09						
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20,11						
Consultanţă şi expertiză	20,12						
Pregătire profesională	20,13						
Protecţia muncii	20,14						
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20,24						
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20,25						
Alte cheltuieli	20,3						
Protocol şi reprezentare	20,30,02						
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20,30,30						

TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE total,	51						
din care:							
Acţiuni de sănătate	51,01,03						
Programe pentru sănătate	51,01,25						
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51,01,38						
Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51,01,08						
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51,02,11						
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51,02,12						

II. Date cu caracter general

1. Număr cazuri externate, realizate în luna anterioară pentru spitalizare continuă	
2. Număr servicii medicale spitaliceşti realizate în regim de spitalizare de zi, pe tipuri de cazuri rezolvate/servicii, în luna anterioară	
3. Număr servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, realizate în luna anterioară	
4. Tarif/caz rezolvat pentru spitalele finanţate în sistem DRG	
5. Tarif mediu pe caz rezolvat contractat*)	
6. Tarif pe zi de spitalizare contractat*)	
7. Tarif pe serviciu medical/tarif pe caz rezolvat în regim de spitalizare de zi contractat*)	

NOTĂ: *) Tarifele menţionate la pct. 5, 6, 7 sunt valabile pe durata de derulare a contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti

ANEXA 20

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

Şi

Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon: fix/mobil ....., fax ..... e-mail ....., reprezentată prin .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale în asistenţă medicală spitalicească în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale spitaliceşti

ART. 2 (1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi. Fac excepţie urgenţele medico-chirurgicale, bolile cu potenţial endemo-epidemic care necesită izolare şi tratament, internările obligatorii pentru bolnavii psihic prevăzuţi la art. 105, 113 şi 114 din Codul penal, cele dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, precum şi cazurile care au recomandare de internare într-un spital de la medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, care beneficiază de internare fără bilet de internare.

(2) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind:

a) consultaţii;

b) investigaţii;

c) stabilirea diagnosticului;

d) tratamente medicale şi/sau chirurgicale;

e) îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, autorizaţi şi evaluaţi, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale spitaliceşti, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate, şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

g) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul;

h) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

j) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

k) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale spitaliceşti are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate.

e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h. 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr ….. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, în limita competenţei şi a dotărilor existente;

m) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

n) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

t) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

u) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de

asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în normele de aplicare a acestuia;

v) să informeze medicul de familie al asiguratului sau, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital, sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandare dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

x) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în această situaţie, spitalul are obligaţia să depună la casa de asigurări de sănătate odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

y) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;

z) să acorde serviciile medicale de urgenţă necesare, în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgenţă; la solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta; spitalul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienţi, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgenţă; în această situaţie casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

w) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;

aa) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;

ab) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătăţii, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…… pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ac) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;

ad) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ae) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;

af) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu, prescripţia medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fond;

ag) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

ah) să raporteze distinct casei de asigurări de sănătate, cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului;

ai) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

aj) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ak) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare

al) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii în condiţiile legii.

am) să asigure continuitatea asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavii cu afecţiuni cronice;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Valoarea totală contractată se constituie din următoarele sume, după caz:

a) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) pentru afecţiunile acute, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Anexa 17: …… lei

b) Suma pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale, care se stabileşte astfel:

| Secţia/ | Nr. | Durată optimă | Tarif pe zi de | Suma |

Compartimentul	cazuri externate	de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată*)	spitalizare/ secţie/ compartiment	
C1	C2	C3	C4	C5 = C2 x C3 x C4
TOTAL				

*) Durata optimă de spitalizare este prezentată în anexa nr. 19 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Tariful pe zi de spitalizare pe secţie / compartiment se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţiile şi compartimentele din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) Suma aferentă serviciilor medicale paliative în regim de spitalizare continuă se stabileşte astfel:

Număr paturi x număr de zile calendaristice dintr-un an estimat a fi ocupat un pat x tariful pe zi de spitalizare negociat şi este de ..... lei.

Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizor şi casele de asigurări de sănătate, pe baza tarifului propus de spital pentru secţia/compartimentul de paliaţie din structura proprie, având în vedere documentele pentru fundamentarea tarifului, în funcţie de particularităţile aferente, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în anexa nr. 17 C la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

d) Suma pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate pentru afecţiuni acute în spitale, altele decât cele prevăzute în anexa nr. 17 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pentru servicii medicale spitaliceşti acordate în secţiile şi compartimentele de acuţi (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată prin ordin al ministrului sănătăţii de Ministerul Sănătăţii, după caz) din spitalele de cronici şi de recuperare, calculată conform prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) din Anexa 17:…… lei

e) Suma aferentă serviciilor medicale de tip spitalicesc efectuate în regim de spitalizare de zi, care se stabileşte astfel:

Numărul de servicii medicale, contractate, pe tipuri /cazuri	Tariful pe caz rezolvat/serviciu medical negociat*)	Suma corespunzătoare serviciilor contractate
C1	C2	C3 = C1 x C2
TOTAL	X	

*) Tariful pe serviciu medical se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casa de asigurări de sănătate prevăzut în anexa nr. 16 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Tariful pe caz rezolvat se negociază între spitale şi casele de asigurări de sănătate, şi nu poate fi mai mare de:

- 1/3 din tariful pe caz rezolvat pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului respectiv - pentru spitalele finanţate în sistem DRG;
- 1/3 din tariful mediu pe caz rezolvat cel mai mic pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă aferent spitalului aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate - pentru spitalele finanţate prin tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi.
- 1/3 din tariful cel mai mic pe caz rezolvat dintre: tariful pe caz rezolvat din sistemul DRG şi tarif mediu pe caz rezolvat, pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, de la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate - pentru spitalele de cronici şi de recuperare, precum şi pentru secţiile şi compartimentele de cronici, recuperare şi neonatologie - prematuri (prevăzute ca structuri distincte în structura organizatorică a spitalului aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii, după caz) din alte spitale.

Suma contractată pentru servicii de spitalizare de zi nu poate depăşi 25%din suma contractată pentru servicii de spitalizare continuă, cu respectarea condiţiilor prevăzute în anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma contractată pentru cazurile contractate în regim de spitalizare de zi acordate în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalului, în cazul în care acesta nu este spital de urgenţă, şi neinternate prin spitalizare continuă, se stabileşte prin înmulţirea nr. de cazuri şi tariful negociat conform prevederilor de mai sus. Această sumă se evidenţiază distinct în prezentul contract.

(2) Spitalele vor prezenta, în vederea contractării, defalcarea cazurilor de spitalizare estimate pe fiecare secţie şi pe tip de bolnavi: urgenţa, acut, cronic. În vederea contractării serviciilor spitaliceşti efectuate prin spitalizare de zi spitalele prezintă distinct numărul serviciilor medicale (cazurilor) estimate a se efectua în camera de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor, altele decât spitalele de urgenţă, pentru cazurile neinternate.

(3) Suma stabilită pentru serviciile spitaliceşti pe anul 2011 este de ..... lei.

(4) Suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:
- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,
din care:
- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,
din care:
- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,
din care:
- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(5) Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti contractate se face conform prevederilor art. 9 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Suma corespunzătoare procentului de 1% necontractată iniţial de către casele de asigurări de sănătate se repartizează trimestrial spitalelor care îndeplinesc criteriile de la art. 6 alin. (2) lit. b) din anexa 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în condiţiile prevăzute la acelaşi articol.

(6) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(7) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi

raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(8) Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 40% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

(9) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale spitaliceşti se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Art. 8 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute în prezentul contract, atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face, din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau prin executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

ART. 9 Plata serviciilor medicale spitaliceşti se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca ..... .

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 10 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al spitalului cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauze speciale

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 14 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

ART. 15 În cazul reorganizării unităţii sanitare cu paturi, prin desfiinţarea acesteia şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, prezentul contract aflat în derulare, se preia de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri.

X. Încetarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul se modifica din nou, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de santate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbările survenite.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractată poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate cu destinaţia de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv medicamente în spital, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale, precum şi prevederile art. 7 din anexa nr. 17 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată

nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale spitaliceşti în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi, ..., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Manager,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	Director medical,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei Relaţii Contractuale	
.....	
	Director financiar-contabil,
	.....
Vizat	
Juridic, Contencios	
.....	
	Director de îngrijiri,
	.....
	Director de cercetare-dezvoltare,
	.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cerere/solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înfiinţare sau de organizare a unităţii sanitare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare a furnizorului nr. ....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare .....
- contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, nr. .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului

- lista afecţiunilor care nu pot fi monitorizate în ambulatoriu şi impun internarea, conform prevederilor art. 61 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- lista materialelor sanitare şi a medicamentelor - denumiri comune internaţionale (DCI) şi forma farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării, cu menţionarea DCI-urilor care pot fi recomandate cu aprobarea medicului şef de secţie sau cu aprobarea consiliului medical,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de către Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului,

- documente necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, conform anexei nr. 16A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 17 la la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari.

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

- documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor de specialitate şi a spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice;

- declaraţie pe proprie răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 62 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

I. ACTE ADIŢIONALE

1. Act adiţional

Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică,

precum şi în cabinete de specialitate integrate ale spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice, respectiv din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti pentru cabinetele prevăzute la art. 48 alin. (4) lit. b) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile clinice.

2. Act adiţional

Pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu finanţate din fondul alocat asistenţei medicale spitaliceşti

Actul adiţional se adaptează conform modelului de contract de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate pentru specialităţile paraclinice.

II. Pentru serviciile medicale spitaliceşti ce se pot acorda în regim de spitalizare de zi în unităţile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătăţii, se încheie contract pentru furnizare de servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi.

Contractul se adaptează după modelul de contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti.

ANEXA 21

PACHETUL DE SERVICII MEDICALE
în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

CAPITOLUL I Pachet de servicii medicale de bază în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar

A. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale majore (cod roşu) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
   a. mama este inconştientă
   b. mama prezintă convulsii
   c. tegumentele mamei sunt reci şi umede, stare de leşin (insuficienţă cardio-vasculară)
   d. nou-născutul nu plânge/respiră
   e. copilul a fost născut, mama prezintă hemoragie
   f. hemoragie după săptămâna 20 de sarcină
   g. contracţii uterine puternice după săptămâna 36 de sarcină
   h. membrane rupte după săptămâna 36 de sarcină
   i. membrane rupte sau senzaţia mamei de împingere cu copil cunoscut sau suspicionat a fi în poziţie anormală
   j. pacientă inconştientă cu probleme ginecologice/obstetrice
   k. dispnee, probleme ginecologice/obstetrice
   l. durere acută abdominală, palid, transpirat, aproape de sincopă
   m. sângerare, paloare, transpiraţie sau aproape de sincopă
   n. pacientă însărcinată, traumatism abdominal, contracţii sau sângerare
   o. sângerare majoră, sarcină mai mare de 20 de săptămâni
   p. contracţii puternice între săpt. 20 - 36 de sarcină
   q. durere şi sângerare (în cantităţi mici sau mari) după săpt. 20 de sarcină
   r. convulsii în timpul sarcinii

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
   a. inconştienţă
   b. nivel scăzut de conştienţă
   c. dificultate serioasă în respiraţie
   d. tegumente palide şi umede, aproape sincopă
   e. pacient slăbit cu durere toracică
   f. durere toracică şi greaţă

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
   a. suspiciunea mai multor victime grav afectate
   b. inconştient, după arsură termică/electrică
   c. nivel scăzut al conştienţei după arsură termică/electrică
   d. dificultăţi în respiraţie după arsura termică/electrică
   e. suspect de leziuni datorate inhalării de fum
   f. mai mult de 20% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (adult)
   g. mai mult de 10% suprafaţă arsă suspicionată/leziune corozivă sau dacă implică cap/faţă (copil sub 10 ani)
   h. suspiciune de arsuri severe, informaţii incerte
   i. suspiciune de arsură electrică cu voltaj înalt
   j. suspiciune de cădere, leziuni grave suspicionate

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. mai multe victime, imersie în apă sau dispărute
b. imersie în apă confirmată, inconştient
c. imersie în apă cu dificultăţi în respiraţie
d. victimă aflată încă în apă
e. pacient cu imersie în apă mai mult de un minut
f. accident prin săritură în apă
g. leziune extinsă şi imersie în apă
h. suspiciune de hipotermie
i. dezorientat/confuz, fără dificultăţi în respiraţie
j. tuse severă posibilă aspiraţie

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. mai multe victime, imersie, rănite sau dispărute
b. victimă aflată încă în apă
c. inconştient după scufundare
d. tegumente reci şi umede, aproape sincopă
e. confuz sau agitat după scufundare
f. paralizie sau ameţeli în diferite părţi ale corpului
g. leziuni extinse vizibile
h. suspiciune de hipotermie moderată sau severă
i. toate simptomele apar în primele 24 h de la scufundare (diferite niveluri de conştienţă, paralizii, alte simptome neurologice, dureri, simptome legate de tegumente)

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. inconştient
b. dificultăţi în respiraţie
c. tegumente palide şi umede, aproape sincopă
d. muşcătură de viperă cu simptome generale
e. muşcătură de viperă la copil mic
f. hemoragie necontrolată după muşcătură
g. înţepătură de insecte în gură sau gâtul unui copil

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. susp. mai multe victime grave
b. susp. inconştient în urma accidentului
c. greutate la respiraţie în urma accidentului
d. starea de conştienţă în deteriorare sau starea de obnubilare prelungită
e. paralizie
f. paloare, transpiraţii, aproape inconştient
g. sângerare necontrolabilă
h. strivire sau leziuni penetrant la nivelul: capului, a gâtului, a abdomenului sau a coapsei.
i. leziuni semnificative la nivelul a două sau mai multor părţi ale corpului
j. fractură de femur sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau al piciorului
k. extremitate smulsă deasupra nivelului degetelor
l. pacient carcerat, blocat etc.
m. cădere de peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
n. susp. de traumatism prin energie mare, informaţii neclare

o. dureri precordiale pre-existente, ameţeli acute, cefalee, diabet
p. dureri mari (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
a. inconştient în urma intoxicării
b. dificultăţi în respiraţii relatate la intoxicaţie
c. ingerarea unor doze periculoase cu simptome precoce
d. greutate în deglutiţie în urma intoxicaţiei
e. paloare, transpiraţii şi obnubilare
f. convulsii în urma intoxicaţiei
g. informaţii neclare despre substanţe şi simptome

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. inconştient mai mult de 5 minute
b. dificultăţi în respiraţie în urma unui traumatism cranian
c. nivelul conştienţei în scădere sau scăzut pentru o perioadă prelungită
d. pacient neliniştit, confuz, necontrolabil sau agresiv
e. traumă craniană şi convulsii
f. traumă craniană şi paralizie
g. palid, transpirat, obnubilat
h. strivire sau plagă penetrantă a feţei, mandibulei sau a gâtului
i. traumă craniană cu alte leziuni semnificative
j. pacient carcerat sau blocat
k. accident forestier
l. cădere peste 4 metri fără alte criterii de urgenţă
m. suspect traumă indusă prin energie mare, informaţii neclare
n. pacient neajutorat, izolat, în risc de hipotermie
o. dureri intense nesuportabile

10. HIPO-HIPERTERMIA
a. dificultate în respiraţie cu hipotermie
b. neliniştit, confuz sau necooperant cu hipo-hipertermie
c. alte leziuni extinse cu hipotermie
d. susp. de hipotermie gravă, sub 32 grade
e. pacient slăbit cu susp. de hipertermie

11. INCIDENT MAJOR
a. incendiu - Explozie
b. prăbuşire de avion
c. accident de tren - tram.
d. accident rutier
e. dezastru natural
f. scăpări de gaze
g. accident naval
h. atac terorist, război
i. alte dezastre
j. posibile dezastre sau accidente în masă

12. LEZIUNI CHIMICE
a. susp. multiple victime
b. inconştient în urma leziunilor chimice

c. nivelul de conştienţă scăzut în urma accidentului chimic
d. greutate în respiraţie în urma incidentului chimic
e. dificultate în respiraţie în urma accidentului chimic
f. palid, transpirat, aproape inconştient
g. peste 15% suprafaţă leziuni cu subst. corosivă la adult
h. peste 10% leziuni cu subst. corosivă la copii
i. ingestie de subst. alcaloidă la copii
j. susp. de leziuni grave. Nu avem informaţii clare
k. incident major
l. scăpări de gaze sau pericol de explozie în zonă populată
m. accident cu subst. hazardoase implicate
n. ingestie de substanţe caustice, antigel, organofosforice

13. ACCIDENT RUTIER
a. susp. multiple victime cu leziuni serioase
b. inconştient în urma accidentului
c. dispnee în urma accidentului
d. stare de conştienţă în scădere sau obnubilare prelungită
e. traumă craniană cu nelinişte, agresiv sau convulsii
f. palid, transpirat obnubilat
g. paralizie în urma accidentului
h. strivire sau leziuni penetrante la nivelul capului, al gâtului, al toracelui, al abdomenului sau al coapsei
i. leziuni semnificative la nivelul unei sau mai multor părţi ale corpului
j. fractură de femur, sau multiple fracturi deasupra nivelului mâinii sau a piciorului
k. victimă blocată
l. susp. traumă prin energie mare, informaţii neclare
m. accident cu substanţe chimice periculoase
n. dureri precordiale, ameţeli, cefalee, diabet preexistente
o. a fost inconştient dar acum este bine şi fără alte criterii de urgenţă
p. durere intensă fără alte criterii aparente de urgenţă

14. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. suspect de afecţiuni severe
b. inconştient după violenţă
c. Dispnee după violenţă
d. nivel scăzut al stării de conştienţă
e. leziuni la nivelul extremităţii cervico-cefalice, pacient agresiv sau calm
f. leziuni la nivelul capului şi convulsii
g. paralizie după violenţă
h. sângerare incontrolabilă sau paloare, transpiraţii, aproape de sincopă
i. leziuni penetrante sau prin compresiune la nivelul capului, gâtului, toracelui, abdomenului, coapsei
j. leziuni semnificative în două sau mai multe locuri ale corpului
k. leziuni severe suspecte, informaţii neclare

15. ALERGII
a. inconştient după reacţia alergică
b. reacţie alergică imediată cu dificultăţi respiratorii
c. reacţie alergică, dificultăţi la vorbire şi deglutiţie
d. reacţie alergică, edem glotic

e. rece şi transpirat, aproape de sincopă
f. simptome imediate, antecedente de şoc anafilactic

16. SINCOPA
a. Inconştient, obnubilat
b. inconştient, respiraţie anormală
c. căderea nivelului de conştienţă sau prelungirea perioadei cu nivel scăzut al conştienţei
d. antecedente neclare de boală sau inconştienţă
e. aproape de sincopă, palid şi transpirat
f. cefalee intensă acută anormală, pierderea stării de conştienţă
g. diabetic cunoscut aflat în stare de inconştienţă
h. sângerare nedatorată unui traumatism, pierderea stării de conştienţă

17. SÂNGERAREA
a. inconştient şi sângerează, cauză netraumatică
b. dispnee şi sângerare, de cauză nontraumatică
c. aproape de sincopă, palid şi transpirat
d. hematemeză, palid şi transpirat
e. scaune închise la culoare şi tare, pacient transpirat, palid
f. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare semnificativă
g. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare (cantităţi mici sau mari însoţite de durere)
h. sângerare masivă necontrolată

18. DURERI TORACICE
a. inconştient după durere toracică
b. dispnee şi durere toracică
c. durere toracică tipică în infarctul de miocard
d. durere toracică, palid şi transpirat
e. durere toracică aproape de sincopă
f. suspectarea unor probleme cardiace severe, persoana care face apelul nu se află lângă pacient

19. DIABET ZAHARAT
a. cunoscut diabetic aflat în stare de inconştienţă
b. diabetic cunoscut, dispneic
c. diabetic cunoscut, prezintă convulsii
d. diabetic cunoscut cu dureri toracice severe

20. TEMPERATURĂ
a. inconştient, temperatură crescută
b. pacient slăbit, temperatură şi dispnee marcată
c. motiv pentru suspectarea unei stări septice sau meningită
d. pacient slăbit, temperatură, dificultăţi la deglutiţie şi sialoree (suspect epiglotită)

21. AVC (APOPLEXIE)
a. inconştient, suspect de AVC
b. dispnee suspect AVC
c. convulsii prezente, suspect AVC
d. inconştient mai mult de 20 min.

e. perioadă lungă cu nivel scăzut al conştienţei, simptomele apoplexiei
f. cefalee bruscă, intensă (violentă)
g. traumatism cranian recent, simptome de apoplexie

22. CEFALEE
a. pacient inconştient cu cefalee care a precedat starea de inconştienţă
b. cefalee şi dispnee marcată
c. cefalee şi scăderea nivelului de conştienţă
d. cefalee intensă cu paralizie sau dificultăţi de vorbire
e. cefalee şi temperatură mare, redoare de ceafă, slăbiciune, posibil eritem
f. cefalee severă şi convulsii

23. CONVULSII
a. nu respiră normal după convulsii
b. convulsii pentru prima oară, inconştient
c. convulsii în derulare, mai mult de 5 min.
d. pacient obnubilat între convulsii frecvente
e. obnubilat 20 de min. după convulsii
f. însărcinată cu convulsii
g. diabetic cu convulsii
h. convulsii după leziune cranianã recentă
i. convulsii în derulare, concomitent supradoză de medicamente
j. convulsii în derulare, concomitent abuz de narcotice
k. eritem, febră şi convulsii

24. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. inconştient după criză de dureri abdominale sau de spate
b. dispnee cu durere abdominală sau de spate
c. aproape sincopă, nivel scăzut de conştienţă
d. durere intensă abdominală sau de spate, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
e. pacient peste 50 de ani cu debut brusc
f. vomită sânge, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
g. scaune tari şi închise la culoare, palid şi transpirat sau aproape de sincopă
h. femeie, însărcinată cu dureri abdominale acute, în flancul inferior
i. palid şi transpirat sau aproape de sincopă

25. PSIHIATRIE/SUICID
a. inconştient după tentativă violentă de suicid
b. inconştient, obnubilat după supradoză/intoxicaţie
c. dispnee (fără suspiciune de hiperventilaţie)
d. cel care sună sau aparţinătorii se simt ameninţaţi de pacient
e. tentativă serioasă cu violenţă de suicid
f. supradoză/intoxicaţie sau simptome serioase

26. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. inconştient nu respiră normal
b. pacient slăbit, dispnee
c. palid şi slăbit, aproape de sincopă
d. dispnee, dureri toracice constrictive
e. criză de astm, nu se îmbunătăţeşte starea cu medicaţie
f. dispnee, nu poate vorbi coerent

g. copil sub 12 ani, în poziţie şezândă, cianotic
h. slăbit, pacient febril cu dificultăţi la înghiţire sialoree (suspect epiglotită)
i. suspect de corp străin în gât, nu poate vorbi, tuşeşte sau plânge
j. leziuni la nivelul toracelui şi dispnee
k. dispnee moderată - persoană care a născut recent, fractură recentă, membru cu aparat gipsat, spitalizare recentă

27. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. inconştient, obnubilat după stare de ebrietate/intoxicaţie
b. dificultăţi respiratorii după stare de ebrietate/intoxicaţie
c. persoană care face apelul/aparţinătorii se simt ameninţaţi
d. supradoză/intoxicaţie şi simptome critice
e. palid şi transpirat aproape de sincopă
f. convulsii care durează mai mult de 5 min
g. cocaină sau crack cu dureri toracice
h. intoxicaţie şi suspicionarea unor leziuni serioase (în special leziuni ale capului)

28. COPIL BOLNAV
a. inconştient, obnubilat (fără convulsii febrile)
b. nu respiră
c. copil slăbit cu dispnee
d. suspiciune de corp străin în gât, nu poate vorbi sau plânge
e. slăbit, copil febril, dificultăţi la deglutiţie, sialoree (posibil epiglotită)
f. copil slăbit şi iritabil, febră (meningită sau septicemie?)
g. convulsii în derulare care durează mai mult de 5 min.
h. pacient obnubilat după 20 de minute, sau se suspectează convulsii febrile

29. URECHEA
a. inconştient, nu respiră normal
b. leziune la nivelul urechii, nivel al stării de conştienţă scăzut
c. ameţeală, nivel scăzut al stării de conştienţă
d. ameţeală, paralizie
e. ameţeală, dureri toracice
f. ameţeală, palid şi transpirat

30. OCHIUL
a. inconştient după ce a acuzat probleme de vedere
b. dispnee şi tulburări ale vederii
c. inconştient mai mult de 5 minute după producerea leziunii
d. leziune a ochiului şi scăderea nivelului stării de conştienţă

B. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben) decontate de casele de asigurări de sănătate:

1. OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
a. copilul s-a născut, mama şi copilul par bine
b. mai puţin de 2 minute între contracţii la prima naştere
c. mai puţin de cinci minute între contracţii (după prima naştere)
d. membrane rupte (copil în poziţie normală)
e. senzaţia mamei de împingere cu copilul cunoscut în poziţie normală

f. durere severă, pacientă slăbită (nu este însărcinată)
g. traumatism abdominal în sarcină, fără contracţii sau sângerare, pacienta nu prezintă alte probleme vitale
h. durere abdominală moderată la pacientă cu peste 20 săptămâni de sarcină
i. sângerare minimă, sarcină peste 20 de săptămâni
j. preeclampsie în antecedente, cefalee
k. sângerare mai mare de trei tampoane/oră, altfel bine şi nu prezintă semne de şoc

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră şi nivel de conştienţă alterat însă nu inconştient
b. febră şi erupţii cutanate
c. episoade sincopale repetate
d. ameţeală cu debut brusc, slăbiciune
e. pacient slăbit, informaţii neclare

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. a fost inconştient, recuperează treptat
b. mai puţin de 20% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea capului/feţei (adulţi)
c. mai puţin de 10% suprafaţă arsuri/leziuni corozive fără implicarea cap/faţă (copil sub 10 ani)
d. corozive în ochi
e. poliţia sau pompierii cer un echipaj de asistenţă, necunoscându-se dacă sunt victime
f. cădere de la înălţime sub 4 metri, pacient conştient fără semne de traumatism grav

4. ÎNEC/IMERSIE ÎN APĂ
a. pacient conştient fără dificultate în respiraţie
b. leziuni aparente minore

5. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. tuse severă după scufundare, hipotermie uşoară

6. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
b. muşcătură de viperă fără simptome generale
c. înţepătură de insectă de peste o oră cu simptome generale fără semne de şoc
d. muşcătură de animal în regiunea feţei sau gâtului fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
e. hemoragie controlată după muşcătură

7. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. o singură fractură sub genunchi
b. fractura antebraţului
c. susp. fractură col de femur
d. sângerare controlată
e. cădere de la 3 - 4 metri (fără alte criterii de urgenţă)
f. dureri moderate (fără alte criterii de urgenţă)

8. INTOXICAŢII, COPII
a. ingestia recentă a unor doze periculoase, fără alte criterii de urgenţă
b. alcaloid sau acid în gură, fără alte criterii de urgenţă

c. ingestie de derivate petroliere cu simptome minore
d. ingestie de nicotină fără alte criterii de urgenţă

9. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. a fost inconştient, acum mai bine
b. leziuni faciale semnificative fără alte criterii de urgenţă
c. sângerare controlată
d. cădere 3 - 4 metri fără alte criterii de urgenţă
e. dureri moderate fără alte criterii de urgenţă
f. antecedente de dureri precordiale, ameţeli acute, cefalee, diabet

10. HIPO-HIPERTERMIA
a. susp. hipotermie moderată, fără alte criterii de urgenţă
b. susp. hipotermie moderată cu alte leziuni limitate
c. degerătură localizată
d. pacient altfel sănătos cu susp. de hipertermie

11. LEZIUNI CHIMICE
a. leziune caustică la nivelul gurii la adult, fără alte criterii de urgenţă, vorbeşte clar, nerăguşit
b. sub 15% arsuri sau leziuni corosive la adult, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
c. sub 10% arsuri sau leziuni corosive la copil, fără alte criterii de urgenţă, fără cap/faţă
d. leziune corosivă oculară
e. ingestie de derivate petroliere fără alte semne de urgenţă
f. inhalare de gaze sau de subst. chimice fără alte criterii de urgenţă
g. poliţia, pompierii cer sprijin logistic fără să se ştie dacă sunt victime

12. ACCIDENT RUTIER (PACIENTUL SE AFLĂ LA DISPENSAR sau într-o instituţie medicală)
a. fractură izolată a antebraţului sau sub niv. genunchiului fără alte leziuni. Situaţia confirmată de persoană autorizată
b. susp. fractură col de femur
c. leziuni faciale minore fără alte criterii de urgenţă
d. sângerare controlată fără alte criterii de urgenţă. Situaţia confirmată de persoană autorizată
e. durere moderată fără alte criterii de urgenţă
f. poliţia, pompierii cer sprijin fără a se şti dacă sunt victime, DISTANŢA MICĂ permite cererea unui sprijin rapid.

13. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. leziuni faciale fără alte criterii de urgenţă
b. leziuni produse prin înjunghiere, armă de foc sau prin compresiune sub nivelul cotului sau treimea superioară a gambei
c. fracturi ale membrelor superioare sau fracturi sub nivelul genunchiului (o singură fractură)
d. leziuni minore cauzate de arme
e. pacientul a fost inconştient, îşi revine treptat
f. sângerare controlată (fără alte criterii de urgenţă)

g. durere severă
h. victimă a abuzului sexual (fără alte criterii de urgenţă)
i. victimă a violenţei cu reacţie psihică acută
j. asistenţă la cererea poliţiei

14. ALERGII
a. reacţie acută, fără afectarea respiraţiei sau a stării de conştienţă
b. antecedente de şoc anafilactic, expunere fără simptome

15. SINCOPA
a. Paralizie, slăbiciune sau dificultăţi de vorbire, trezibil
b. episoade severe sincopale în ultimele 24 h, trezibil momentan şi fără alte simptome
c. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă după traumatism cranian
d. pierderea pasageră a nivelului de conştienţă şi suspect de ingestie de droguri/alcool
e. suspect de convulsii febrile, recuperează
f. pierdere pasageră a stării de conştienţă cu dureri toracice sau palpitaţii, în revenire

16. SÂNGERAREA
a. sângerare limitată necontrolată
b. hematemeză, fără semn de şoc
c. scaune tari, închise la culoare
d. sarcină mai mare de 20 de săptămâni, sângerare minoră
e. sângerare vaginală, mai mult de trei tampoane/oră, fără semne de şoc
f. hemoragie nazală incontrolabilă

17. DURERI TORACICE - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
a. durere toracică, greaţă
b. durere toracică, tahicardie
c. durere toracică, atipică IM, în plină sănătate
d. antecedente de angină, efect pe termen scurt la NTG
e. debut brusc de tahicardie, fără dureri toracice

18. DIABET ZAHARAT - CODUL GALBEN sau roşu se evaluează individual
a. nivel scăzut al stării de conştienţă, incapabil de a ingera lichide
b. palid, transpirat, aproape de sincopă
c. comportament anormal sau neobişnuit
d. cunoscut diabetic, 55 obosit sau starea generală evident alterată
e. diabetic aflat pe tratament cu tablete, cu nivel scăzut al glicemiei, recuperează
f. temperatură sau alte simptome generale (întotdeauna cod galben decât dacă se suspicionează infarct)

19. TEMPERATURĂ
a. temperatură, pacient cu răspuns imunitar deficitar
b. pacient slăbit cu temperatură şi simptome neclare
c. pacient diabetic cu temperatură

20. AVC (APOPLEXIE)
a. hemiplegie, altfel fără probleme
b. slăbiciune bruscă şi amorţeală la nivelul membrelor superioare şi inferioare
c. dificultăţi acute în vorbire

d. diabetic şi simptomele apoplexiei
e. AVC, pacienţi internaţi la azile de bătrâni

21. CEFALEE
a. cefalee intensă acută, descris ca o durere nemaiavută până acum
b. cefalee cu intensitate crescândă la mai puţin de 12 ore de la producerea leziunii la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral, fără alte criterii de urgenţă
c. sarcină cu creşterea în intensitate a cefaleei fără alte criterii de urgenţă
d. pacient cu operaţie de şunt, cefalee agravată, fără alte criterii de urgenţă
e. pacient slăbit, cefalee neclară

22. CONVULSII
a. trezibil după 20 min. după convulsii
b. recuperează după convulsii
c. convulsii, concomitent abuz îndelungat de alcool

23. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
a. dureri puternice suportabile fără alte criterii de urgenţă
b. dureri constrictive în flancul sau în regiunea lombară, nevoie de a se mişca
c. vomismente ca zaţul de cafea
d. femeie, însărcinată, cu dureri acute abdominale în flancul inferior, fără sângerare

24. PSIHIATRIE/SUICID
a. confuzie instalată brusc şi comportament anormal fără funcţii vitale afectate cu starea de conştienţă păstrată
b. zgârieturi la nivelul încheieturii mâinii, sângerare controlabilă
c. ameninţare serioasă de suicid
d. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptomatologie care denotă ameninţare de funcţii vitale
e. delirium tremens
f. apel la cererea poliţiei/fără persoane în pericol vital
g. pacientul doreşte să vorbească cu un medic

25. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. dispnee, fără motiv clar, fără cianoză, transpiraţii etc.
b. dispnee, altfel bine
c. sughiţ, tuse uscată, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, poate vorbi, tuşeşte şi/sau plânge

26. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. posibilă supradoză/intoxicaţie fără simptome critice/funcţii vitale ameninţate
b. delirium tremens
c. convulsii, terminate acum
d. apel la cererea poliţiei

27. COPIL BOLNAV
a. dispnee, dar în general bine
b. copil agitat, cu temperatură
c. copil slăbit, cu debut rapid al bolii
d. copil slăbit, simptome neclare
e. convulsii instalate pentru prima oară, acum trezit

f. temperatură înaltă (peste 40 grade) la un copil mai mic de 2 luni (poate fi încadrat şi sub roşu)
g. diabet şi temperatură (cu excepţia obişnuitei răceli)

28. URECHEA
a. leziuni majore în sau în jurul urechii fără un nivel scăzut al stării de conştienţă
b. scurgerea de lichid clar sau sânge din ureche după un traumatism cranian însă pacientul este conştient şi nu prezintă alte simptome sau probleme

29. OCHIUL
a. leziuni majore, izolate ale ochiului, fără scăderea nivelului stării de conştienţă
b. leziuni corozive la ochi
c. dureri acute în ochi, pacient slăbit (glaucum acut?)
d. ingerare de metanol sau etilen glicol
e. tulburări de vedere, fără un motiv aparent

C. Lista cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultaţii de urgenţă la domiciliu decontate de casele de asigurări de sănătate

1. OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE
a. mai mult de 2 minute între contracţii (prima naştere)
b. mai mult de 5 minute între contracţii (la a II-a, III-a naştere)
c. sângerare minoră, la sarcină mai mică de 20 de săptămâni
d. crampe menstruale, sarcină mai mică de 20 de săptămâni
e. dureri abdominale şi temperatură, fără sarcină, fără slăbiciuni
f. dureri nespecificate, fără sarcină, fără slăbiciune
g. dureri neobişnuite, fără sarcină, fără slăbiciune

2. BOALĂ NEDIAGNOSTICATĂ
a. febră
b. ameţeli dar nu slăbiciune
c. simptome neclare, dar nu slăbiciune
d. probleme psiho/sociale

3. ARSURI TERMICE/ELECTRICE
a. arsură electrică cu electricitate casnică (220 V), conştient, nu este cunoscut cardiac
b. arsuri minore
c. cădere de la o înălţime mai mică de 3 m în urma electrocutării, conştient fără semne de leziuni grave
d. implicat în accident/incident fără simptome

4. ACCIDENTE DE SCUFUNDARE
a. pacient conştient fără dificultăţi în respiraţie sau alte simptome
b. leziuni minore după scufundare

5. MUŞCĂTURI DE ANIMALE/ÎNŢEPĂTURI DE INSECTE
a. înţepătură de insectă de peste o oră fără simptome generale
b. înţepătură cu reacţie locală puternică fără reacţie generală
c. muşcătură de animal cu leziune tegumentară

6. CĂDERI ŞI ALTE ACCIDENTE
a. Cădere sub 3 metri (fără alte criterii de urgenţă)
b. Plăgi şi contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident, fără simptome

7. INTOXICAŢII, COPII
a. Ingerarea unor doze subtoxice a unor substanţe periculoase
b. Ingerarea de derivate petroliere fără alte criterii de urgenţă

8. LEZIUNI ALE CAPULUI, FEŢEI ŞI ALE GÂTULUI
a. Cădere de la 3 metri fără alte criterii de urgenţă
b. Plăgi, contuzii, leziuni minore
c. Implicat în accident fără semne sau leziuni

9. HIPO-HIPERTERMIA
a. Hipotermie uşoară fără alte simptome
b. Expunere la căldură sau frig extreme dar pacientul este bine

10. LEZIUNI CHIMICE
a. Leziuni minore prin corosive
b. Implicat în accident, fără alte simptome, semne

11. ACCIDENT RUTIER (Pacientul se află la dispensar sau văzut deja de medic)
a. Plăgi, contuzii, leziuni minore (confirmat de medic sau personal sanitar calificat)
b. Implicat în accident fără alte simptome sau semne
c. Implicat în accident în ultimele 24 ore, acum acuză dureri sau vrea să fie consultat de medic

12. VIOLENŢĂ; AGRESIUNE
a. leziuni minore neproduse de arme
b. victimă a violenţei, nu sunt leziuni evidente, fără reacţie psihică

13. ALERGII
a. prurit şi eritem
b. reacţie alergică cu durată mai mare de 30 min. după expunere
c. îngrijorare în privinţa reacţiei alergice, fără simptome în prezent

14. SINCOPA
a. lipotimie, bine acum
b. suspect sincopă la NTG, acum bine
c. aproape de sincopă, bine acum
d. cunoscut epileptic, tendinţă la sincopă, recuperează

15. SÂNGERAREA
a. sarcină sub 20 de săptămâni, sângerare, dureri asemănătoare celor menstruale
b. fără sarcină, sângerare vaginală anormală, altfel bine
c. hematurie
d. epistaxis minor
e. sângerări repetate la pacienţi aflaţi sub tratament cu anticoagulante, altfel bine

16. DURERI TORACICE
 a. durere la respiraţie sau exerciţii, în plină sănătate
 b. aritmie cardiacă, simte că se pierd bătăi ale inimii, altfel bine

17. DIABET ZAHARAT
 a. temperatură, fără alte simptome generale
 b. infecţie localizată, fără alte simptome generale
 c. pacient cunoscut cu nivel crescut al glicemiei, fără simptome
 d. pacient diabetic, insulino-dependent, alert după ingerare de zahăr

18. TEMPERATURĂ
 a. gripă sau răceală
 b. roşu în gât, altfel bine
 c. temperatură, altfel bine
 d. tuse, altfel bine

19. AVC (APOPLEXIE)
 a. paralizie după semne de AVC, recuperare rapidă
 b. paralizie după semne de AVC recuperat acum

20. CEFALEE
 a. creştere în intensitate a cefaleei, la mai mult de 12 ore de la producerea leziunii traumatice
 b. antecedente de migrenă, cefalee tipică de migrenă
 c. cefalee (concomitent simptome moderate de greaţă, sensibilitate la sunet şi lumină)
 d. cefalee fără alte simptome
 e. suspect sinuzită

21. CONVULSII
 a. antecedente de epilepsie, recuperare din criză epileptică
 b. copil sub şase ani, antecedente de convulsii febrile, recuperează

22. DURERI ABDOMINALE SAU DE SPATE
 a. durere nespecifică, altfel bine
 b. diaree şi vomă, altfel bine
 c. suspect apendicită, altfel bine
 d. dureri în regiunea abdominală inferioară la bărbat, probleme la urinare
 e. temperatură, dureri de spate în zona inferioară
 f. dureri abdominale care durează mai mult de o zi, nu se deteriorează
 g. dureri constrictive în abdomen, constipaţie
 h. dureri de spate

23. PSIHIATRIE/SUICID
 a. antecedente de boală mintală (problema pentru care se solicită este cunoscută şi corespunde antecedentelor)
 b. gânduri de suicid
 c. pacient deprimat, fără intenţii de suicid
 d. ingestie de substanţe toxice, în doză minimală
 e. simptome de abstinenţă (sevraj)
 f. atac brusc de agitaţie motorie cu sau fără dificultăţi respiratorii

24. DISPNEE (DIFICULTĂŢI DE RESPIRAŢIE)
a. temperatură, tuse, spută de culoare verde-gălbuie
b. parestezii sau amorţeală în jurul gurii şi a degetelor
c. tuse, altfel bine
d. suspect corp străin în gât, fără dificultăţi respiratorii acum

25. STARE DE EBRIETATE/INTOXICAŢIE
a. ingestia de substanţă periculoasă în cantităţi mici fără semne sau simptome
b. simptome de sevraj

26. COPIL BOLNAV
a. antecedente de convulsii febrile, trezit după o criză recentă
b. gât roşu, altfel bine
c. temperatură, altfel bine
d. tuse, altfel bine
e. simptomele unei răceli obişnuite
f. corp străin în nas sau ureche

27. URECHEA
a. dureri în ureche
b. secreţii din ureche
c. leziuni minore la ureche
d. ameţeală trecătoare, fără alte simptome
e. suspect sindrom de hiperventilaţie
f. zgomote în urechi
g. corp străin în canalul auditiv

28. OCHIUL
a. leziuni izolate minore
b. dureri acute în ochi, fără alte simptome
c. conjunctivită - lăcrimare, usturime la nivelul ochilor
d. Ochi dureros după privirea unei operaţiuni de sudură, albeaţă

Pentru urgenţele medico-chirurgicale (cod verde) din lista de mai sus pentru care, cel mai probabil, nu este necesar transportul la unitatea sanitară, casele de asigurări de sănătate pot contracta cu unităţile medicale specializate publice şi cu unităţile specializate private, consultaţii de urgenţă la domiciliu ce vor fi decontate prin tarif pe solicitare negociat.

D. Tipurile de transport decontate de casele de asigurări de sănătate:
I. Transport medical asistat al pacienţilor:
1. Transportul urgenţelor medico-chirurgicale;
2. Transportul bolnavilor cu boli infecto-contagioase;
3. Transportul urgenţelor toxicologice voluntare sau involuntare;
4. Transportul urgenţelor apărute ca urmare a acţiunii agenţilor fizici, chimici, naturali (arsuri, înec, îngheţ), cu excepţia accidentelor de muncă;
5. Transportul urgenţelor obstetricale şi al gravidei în vederea naşterii;
6. Transportul accidentaţilor în urma unor accidente de circulaţie;
7. Transportul victimelor care apar în urma dezastrelor;

8. Transportul copiilor prematuri în condiţii corespunzătoare de la locul de naştere la unităţile sanitare de specialitate şi de la acestea la domiciliu;

9. Transportul la spital pentru internare sau investigaţii nou-născutului până la 3 luni şi al persoanelor nedeplasabile: asiguraţii de orice vârstă cu insuficienţă motorie a trenului inferior din orice cauză, insuficienţă cardiacă clasa IV - NIHA, bolnavi în fază terminală numai la recomandarea medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate;

10. Transportul la spital al nou-născutului şi al lehuzei care a născut la domiciliu;

11. Transportul pacienţilor internaţi care se află în stare critică, transferaţi la un alt spital;

12. Transportul pacienţilor din unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe, care nu se află în stare critică, la o altă unitate sanitară sau la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate.

13. Transport pentru transferul interclinic al pacientului critic neinternat care a beneficiat de servicii medicale în UPU/CPU al unui spital la alt spital.

II. Transport sanitar:

14. Transportul de sânge şi derivate, ţesuturi şi organe, precum şi transportul primitorului în vederea efectuării transplantului în condiţii de urgenţă de la furnizor/domiciliu către unitatea spitalicească;

15. Transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege;

16.Transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

III. Transport sanitar neasistat al pacienţilor:

17. Transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;

18. La externare, bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavi cu deficit motor neurologic major, bolnavi cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavi cu stări casectice, bolnavi cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică (prin by-pass aorto-coronarian) şi revascularizare periferică (by-pass aorto-femural etc.), malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale (anevrisme, malformaţii arterio venoase) operate, alte hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ, cu avizul casei de asigurări de sănătate cu care furnizorul de servicii de transport sanitar a încheiat

contract; transportul poate fi realizat fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care unitatea sanitară din care se externează pacientul are încheiat contract de furnizare de servicii medicale, fie de furnizorul de servicii de transport aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază teritorială se află domiciliul pacientului externat, cu respectarea prevederilor anterioare.

19. Transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei.

Tipurile de transport sanitar ce pot fi decontate de casele de asigurări de sănătate unităţilor specializate private în efectuarea unor servicii de transport sanitar sunt cele prevăzute la pct. 16, 17, 18 şi 19 cu condiţia ca acestea să îndeplinească criteriile de autorizare prevăzute de reglementările Ministerului Sănătăţii, precum şi cele de evaluare.

CAPITOLUL II

Pachet minimal de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat

Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C şi D.

CAPITOLUL III

Pachet de servicii medicale în asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate

Persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A, B, C şi D.

ANEXA 21 A

Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare ca şi consultaţie de urgenţă la domiciliiu pentru furnizorii privaţi

1. Statul de personal.
2. Execuţia bugetului instituţiei sanitare publice la data de 31.12. 2010.
3. Ultima formă a bugetului de venituri şi cheltuieli pentru anul 2010, valabilă la 31.12. 2010, aprobată de ordonatorul de credite.
4. Fişa de fundamentare a tarifului pentru anul 2011 pe elemente de cheltuieli*)

mii lei

ELEMENTE DE CHELTUIELI	Clasificaţie bugetară	Valoare
CHELTUIELI CURENTE (I + II + VI)	01	
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	10	
Cheltuieli salariale în bani	10.01	
Salarii de bază	10.01.01	
Salarii de merit	10.01.02	
Indemnizaţii de conducere	10.01.03	
Spor de vechime	10.01.04	

Alte sporuri	10.01.06	
Ore suplimentare	10.01.07	
Fond de premii	10.01.08	
Prima de vacanţă	10.01.09	
Indemnizaţii plătite unor persoane din afara unităţii	10.01.12	
Indemnizaţii de delegare	10.01.13	
Indemnizaţii de detaşare	10.01.14	
Alocaţii pentru locuinţe	10.01.16	
Alte drepturi salariale în bani	10.01.30	
Contribuţii	10.03	
Contribuţii de asigurări sociale de stat	10.03.01	
Contribuţii de asigurări de şomaj	10.03.02	
Contribuţii de asigurări sociale de sănătate	10.03.03	
Contribuţii de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale	10.03.04	
Contribuţii pentru concedii şi indemnizaţii	10.03.06	
Contribuţii la fondul de garantare a creanţelor salariale	10.03.07	
TITLUL II BUNURI ŞI SERVICII - TOTAL	20	
Bunuri şi servicii	20.01	
Furnituri de birou	20.01.01	
Materiale pentru curăţenie	20.01.02	
Încălzit, iluminat şi forţă motrică	20.01.03	
Apa, canal şi salubritate	20.01.04	
Carburanţi şi lubrifianţi	20.01.05	
Piese de schimb	20.01.06	
Transport	20.01.07	
Poşta, telecomunicaţii, radio, TV, internet	20.01.08	
Materiale şi prestări servicii pentru întreţinere cu caracter funcţional	20.01.09	
Alte bunuri şi servicii pentru întreţinere şi funcţionare	20.01.30	
Reparaţii curente	20.02	

Medicamente şi materiale sanitare	20.04	
Hrană	20.03	
Hrană pentru oameni	20.03.01	
Hrană pentru animale	20.03.02	
Medicamente	20.04.01	
Materiale sanitare	20.04.02	
Reactivi	20.04.03	
Dezinfectanţi	20.04.04	
Bunuri de natura obiectelor de inventar	20.05	
Alte obiecte de inventar	20.05.30	
Deplasări, detaşări, transferuri	20.06	
Deplasări interne, detaşări, transferuri	20.06.01	
Deplasări în străinătate	20.06.02	
Materiale de laborator	20.09	
Cărţi, publicaţii şi materiale documentare	20.11	
Consultanţă şi expertiză	20.12	
Pregătire profesională	20.13	
Protecţia muncii	20.14	
Comisioane şi alte costuri aferente împrumuturilor externe	20.24	
Cheltuieli judiciare şi extrajudiciare derivate din acţiuni în reprezentarea intereselor statului, potrivit dispoziţiilor legale	20.25	
Alte cheltuieli	20.3	
Protocol şi reprezentare	20.30.02	
Alte cheltuieli cu bunuri şi servicii	20.30.30	
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂŢI ALE ADMINISTRAŢIEI PUBLICE - TOTAL	51	
Din care:		
Acţiuni de sănătate	51.01.03	
Programe pentru sănătate	51.01.25	
Transferuri din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanţarea unităţilor de asistenţă medico-sociale	51.01.38	

Aparatură şi echipamente de comunicaţii în urgenţă	51.01.08	
Transferuri pentru reparaţii capitale la spitale	51.02.11	
Transferuri pentru finanţarea investiţiilor spitalelor	51.02.12	

*) Se completează pentru fiecare compartiment pentru care plata se face prin tarif pe solicitare.

NOTĂ: Rubricile din tabelul de mai sus se vor completa conform specificului activităţii proprii.

ANEXA 22

MODALITATEA DE PLATĂ
a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar

ART. 1 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar prevăzute în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii medicale şi în pachetul de servicii pentru persoanele care se asigură facultativ pentru sănătate cuprinse în anexa nr. 21 la ordin se asigură pe baza contractelor de furnizare de servicii medicale.

ART. 2 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu aceasta destinaţie. Coeficientul de ajustare luat în calcul la contractare este 1, iar pentru suma contractată de furnizorii care încheie contracte cu Casa de Asigurări de Sănătate Constanţa, coeficientul de ajustare este 1,017, cu Casa de Asigurări de Sănătate Prahova, coeficientul de ajustare este 1,011 şi cu Casa de Asigurări de Sănătate Tulcea, coeficientul de ajustare este 1,050.

(2) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

1. pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

2. pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2), astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi.
Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

3. pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3). Tariful minim negociat de către fiecare casă de asigurări de sănătate devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi.
Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la art. 5 alin. (3) lit. b) şi/sau pentru contractarea serviciilor de urgenţă şi transport sanitar conform condiţiilor iniţiale de contractare.

ART. 3 Pentru zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale medicul care acordă servicii medicale de urgenţă poate elibera certificate constatatoare de deces în condiţiile prevăzute de lege, cu excepţia situaţiilor de suspiciune ce necesită expertiză medico-legală.

ART. 4 Suma contractată anual de către unităţile medicale specializate publice şi unităţile specializate autorizate şi evaluate private cu casele de asigurări de sănătate se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 5 (1) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face lunar. Pentru unităţile specializate private, trimestrial, se face regularizare pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat. Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban / rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu – cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 6 (1) Lunar, casele de asigurări de sănătate alocă până la data de 10 a lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând serviciile medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Mijloacele specifice de intervenţie destinate asistenţei medicale de urgenţă şi de transport sanitar:

a) ambulanţă tip C1, C2, B1 - ambulanţă destinată intervenţiei medicale de urgenţă la cel mai înalt nivel şi transportului medical asistat al pacientului critic;

b) ambulanţă tip B2 - ambulanţă destinată intervenţiei de urgenţă şi transportului medical asistat al pacienţilor;

c) ambulanţe tip A1, A2 - ambulanţe destinate: transportului sanitar neasistat al unui singur pacient (A1), al unuia sau mai multor pacienţi (A2);

d) autovehicule destinate transportului sanitar neasistat;

e) autoturisme de transport şi intervenţie în scop medical, pentru medicii care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu;

f) mijloace de intervenţie/transport pe apă - ambarcaţiuni pentru intervenţii primare sau secundare/transporturi sanitare.

ART. 8 (1) Tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 197 lei pentru unitati specializate private

(2) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/km echivalent, respectiv km efectiv realizat pentru autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu este de 1,18 lei, pentru transportul sanitar neasistat: cu ambulanţe tip A1 şi A2 tariful este de 1,80 lei iar cu alte autovehicule destinate transportului sanitar neasistat este de 0,92 lei.

(3) Tariful maximal decontat unitatilor specializate private de casele de asigurări de sănătate/ milă marină este de 76 lei.

(4) Tarifele de la alin (2) şi (3) se majorează în perioada de iarnă cu 20%.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu medicii de specialitate din cadrul unităţilor medicale specializate publice şi unităţilor specializate private măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 23
- model -

CONTRACT
de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

- Unitatea medicală specializată publică ....., reprezentată prin: .....,

- Unitatea medicală specializată privată ..... reprezentată prin: ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., telefon fix/mobil ....., e-mail: ..... fax .....,

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate

ART. 2 Furnizorul din asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar prestează asiguraţilor serviciile medicale cuprinse în pachetul de servicii de bază, în pachetul minimal de servicii şi în pachetul de servicii pentru categoriile de persoane care se asigură facultativ pentru sănătate prevăzute în anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. …….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi medicale specializate, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, la termenele prevăzute în prezentul contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate contravaloarea serviciilor medicale de

urgenţă şi transport sanitar contractate, efectuate, raportate şi validate conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului ; in cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar acordate asiguraţilor în luna precedentă, în baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse până la data prevăzută în prezentul contract;

g) să deconteze furnizorului serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizor pentru a căror corectitudine furnizorul depune declaraţii pe proprie răspundere.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire obligaţiile furnizorului şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile

realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi toate formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate.

g) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

i) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită;

j) să asigure acordarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar asiguraţilor fără nicio discriminare folosind formele cele mai eficiente de tratament;

k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

l) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

m) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, după caz;

n) să acorde îngrijiri medicale de urgenţă şi transport sanitar, în caz de boală sau accident, din momentul solicitării sau de la locul accidentului şi până la rezolvarea stării de urgenţă, în limita competenţelor, cu respectarea criteriilor de calitate elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

o) să asigure prezenţa personalului medico-sanitar propriu sau, în cazul urgenţelor de cod roşu şi galben, să alerteze şi să solicite prezenţa personalului serviciilor mobile de urgenţă, reanimare şi descarcerare (SMURD), în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificarile si completarile ulterioare;

p) să informeze unitatea sanitară la care transportă pacientul cu privire la investigaţiile şi tratamentele efectuate;

q) să asigure eliberarea certificatelor constatatoare de deces, după caz, conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

r) să asigure servicii medicale de urgenţă utilizând mijlocul de transport adecvat şi echipamentul corespunzător situaţiei respective;

s) să introducă monitorizarea apelurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

u) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

v) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor.

x) să acorde serviciile medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;

y) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

z) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

w) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate

aa) să completeze şi să depună la unitatea sanitară unde se transportă bolnavul un exemplar al fişei medicale potrivite nivelului de competenţă al echipajului pentru fiecare pacient asistat, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008; în cazul transferurilor interclinice ale pacienţilor critici, să solicite de la spitalul care efectuează transferul fişa medicală de transfer interclinic al pacientului critic şi să o înainteze spitalului care urmează să primească pacientul, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătăţii publice nr. 1.091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma contractată de către casele de asigurări de sănătate cu unităţile medicale specializate publice autorizate şi evaluate reprezintă bugetul global şi se stabileşte prin înmulţirea numărului populaţiei deservite existent la data de 1 iulie 2010 conform datelor furnizate de Institutul Naţional de Statistică cu tarifele pe cap de locuitor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi cu coeficienţii de ajustare prevăzuţi la art. 2 alin. (1) din anexa nr.22 la ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ……. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare în anul 2011 a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare, cu încadrarea în fondurile aprobate cu aceasta destinaţie.

(2) Decontarea serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar efectuate de unităţile medicale specializate publice se face lunar la nivelul bugetului global lunar contractat.

Lunar, până la data prevăzută în contract, furnizorii vor raporta, la casa de asigurări de sănătate, pentru luna anterioară, activitatea realizată, astfel: număr solicitări urgenţă, număr solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, număr solicitări de transport, număr kilometri realizaţi pentru mediul urban / rural distinct pentru solicitări de urgenţă, consultaţii de urgenţă la domiciliu şi pentru solicitări de transport, număr mile marine, timpul mediu de răspuns al primei ambulanţe publice pentru urgenţele cod roşu – cod galben, timpul mediu de răspuns la solicitările pentru cod verde.

(3) Suma contractată de casele de asigurări de sănătate cu unităţile specializate autorizate şi evaluate private pentru efectuarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport va avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate şi se stabileşte astfel:

a) pentru solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu, suma contractată este egală cu numărul de solicitări estimate înmulţit cu tariful pe solicitare negociat.

Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu se negociază între casele de asigurări de sănătate şi furnizori, avându-se în vedere toate cheltuielile necesare acordării serviciilor medicale, cu excepţia celor aferente mijlocului de transport (cheltuieli de personal pentru conducătorul mijlocului de transport, combustibil, cheltuieli pentru întreţinerea şi repararea mijlocului de transport) şi a cheltuielilor de personal aferente medicului, în situaţia în care consultaţia de urgenţă la domiciliu se acordă de către medicul din centrul de permanenţă şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (1) din anexa 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii privaţi.

Tariful pe solicitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

b) pentru serviciile de transport cu autovehicule suma contractată este egală cu numărul de kilometri echivalenţi (dus-întors) pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, estimaţi a fi parcurşi, înmulţit cu tariful pe kilometru parcurs negociat între furnizori şi casele de asigurări de sănătate. Acest tarif nu poate fi mai mare decât tariful maximal decontat de casele de asigurări de sănătate prevăzut la art. 8 (2) din anexa 22 la ordin, astfel încât la unităţile la care se înregistrează timpi de aşteptare mai ridicaţi, respectiv distanţe parcurse mai mici, să se acorde tarife pe kilometru spre limita maximă, pentru acoperirea cheltuielilor aferente timpului de aşteptare. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe kilometru se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

c) pentru serviciile de transport pe apă, suma contractată se calculează pe baza numărului de mile marine estimat, înmulţit cu tariful negociat pe milă marină şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut la art. 8 (3) din anexa 22 la ordin. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport cu toţi furnizorii privaţi. Tariful pe milă marină se poate renegocia trimestrial în raport cu evaluarea trimestrială a indicatorilor efectiv realizaţi, în limita sumelor aprobate cu această destinaţie, în aceleaşi condiţii ca mai sus;

Diferenţa de 5% se utilizează pentru contractarea serviciilor medicale realizate în condiţiile prevăzute la alin. (4) lit,b).

(4) Decontarea activităţii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi a unor servicii de transport sanitar efectuate de unităţile specializate autorizate şi evaluate private:

a) lunar în raport cu numărul de kilometri echivalenţi parcurşi pentru mediul urban şi cu numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv mile marine efectiv parcurse, şi tariful minim negociat, precum şi cu numărul de solicitări pentru consultaţii de

urgenţă la domiciliu realizate şi tariful minim negociat pe solicitare, în limita sumelor contractate.

b) trimestrial se face regularizarea pentru perioada de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, având în vedere încadrarea în sumele contractate.

În situaţia în care, la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora (dar nu mai mult de 21% faţă de cel contractat) numai dacă depăşirea este justificată, cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul total al kilometrilor echivalenţi parcurşi pentru mediul urban, numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural, respectiv numărul total al milelor marine parcurse de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul contractat, casele de asigurări de sănătate decontează nivelul realizat al acestora.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitări pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mare decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate pot deconta numărul solicitărilor rezolvate numai dacă depăşirea este justificată (dar nu mai mult de 21% faţă de solicitările contractate) cu încadrarea în suma aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi de transport sanitar aprobată pentru această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.

În situaţia în care la regularizarea trimestrială, numărul solicitărilor pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu rezolvate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv este mai mic decât numărul solicitărilor contractate, casele de asigurări de sănătate decontează la nivelul numărului de solicitări rezolvate şi la tariful negociat.

c) Casele de asigurări de sănătate decontează unităţilor specializate autorizate şi evaluate private solicitările pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi numărul de kilometri efectuaţi pentru tipul de transport prevăzut la litera D pct. II poziţia 16 şi pct. III din anexa nr. 21 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ……..privind aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, dacă acestea au fost efectuate pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat şi au avizul dispeceratului medical public sau cel integrat.

ART. 8 (1) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar pentru anul 2011 este de ..... lei.

(2) Suma contractată aferentă serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se defalchează pe trimestre şi pe luni.

ART. 9 (1) Lunar, la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de urgenţă şi a serviciilor de transport sanitar realizate conform indicatorilor specifici avuţi în vedere la contractare în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face decontarea.

Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

(2) Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua, până la data de 20, decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de .....

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului se fac regularizările şi decontările, ţinându-se seama de realizarea indicatorilor trimestriali comparativ cu cei contractaţi.

(4) Plata serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau în contul nr. ....., deschis la Banca ....., la data de .....

ART. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate prevăzute în prezentul contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate atrage diminuarea valorii prezentului contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculată prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective.

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate

(3) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

VII. Calitatea serviciilor medicale

ART. 11 Serviciile medicale de urgenţă şi transport sanitar furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate.

IX. Clauze speciale

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act

confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe propria răspundere şi nu atrage nicio obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 Contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează in următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii de medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) unul sau mai multe compartimente, nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare, respectiv a dovezii de evaluare;

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică furnizorilor de servicii medicale de urgenţă prespitaliceşti.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) şi la art. 16 lit. a) subpunctele a2) şi a3) se constată de către casa de asigurări de sănătate, din oficiu, prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional, semnat de ambele părţi, şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondurilor aprobate asistenţei medicale de urgenţă şi transport sanitar, avându-se în vedere criteriile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare/documentului similar pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale de urgenţă şi transport sanitar în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - director general,	Reprezentant legal,
.....	.....

Director executiv al Direcţiei economice,

.....

Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,

.....

Vizat

Juridic, Contencios

.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale de urgenţă şi transport sanitar, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară nr. .....
- Autorizaţia de funcţionare.....,
- Dovada de evaluare nr. ..... valabilă la data încheierii contractului
- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare .....
- Contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau contul nr. ..... deschis la Banca .....,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru personalul medico-sanitar angajat, valabilă la data încheierii contractului,
- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul de asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii efectuată conform prevederilor legale în vigoare,
- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- Structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, pe cele două compartimente: compartimentul de asistenţă medicală de urgenţă şi transport medical asistat şi compartimentul de consultaţii de urgenţă şi transport neasistat,
- Lista personalul angajat:

Medici:

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Specialitatea .....

Codul de parafă al medicului .....

Program de lucru .....

2) .....

Asistenţi medicali

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru .....

2) .....

Alte categorii de personal:

1) Nume ..... Prenume .....

Cod numeric personal .....

Program de lucru .....

2) .....

- Lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenţie din dotare:

Ambulanţe tip C1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip C2:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip B1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip B2:

1) Model/Număr de înmatriculare .....

2) .....

Ambulanţe tip A1:

1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Ambulanţe tip A2:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Autoturisme de transport pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....
Autovehicule destinate transportului sanitar neasistat:
1) Model/Număr de înmatriculare .....
2) .....

- Documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/numărul de kilometri echivalenţi pentru mediul urban şi numărul de kilometri efectiv realizaţi pentru mediul rural ..... (pentru furnizorii privaţi)

- Buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanţelor, emise conform prevederilor legale în vigoare.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină

ANEXA 24

PACHET
de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu
1	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură + respiraţie
2	Măsurarea parametrilor fiziologici: puls + TA
3	Măsurarea parametrilor fiziologici: diureză + scaun
4	Administrarea medicamentelor intramuscular*)/subcutanat*)/intradermic*)/oral**)/pe mucoase**)
5	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*)
6	Sondaj vezical la femei şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală
7	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*)
8	Recoltarea produselor biologice
9	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
10	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie
11	Clismă cu scop evacuator
12	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
13	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
14	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: schimbarea poziţiei, tapotaj, fizioterapie respiratorie
15	Îngrijirea plăgilor simple/suprimarea firelor
16	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
17	Îngrijirea escarelor multiple
18	Îngrijirea stomelor
19	Îngrijirea fistulelor
20	Îngrijirea tubului de dren
21	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
22	Monitorizarea dializei peritoneale
23	Aplicarea**) de ploscă, bazinet, condom urinar

24	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbţia urinei***)
25	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea un plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
26	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de auto-îngrijire, a riscului de apariţie al escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale şi recomandarea dietei şi modul de administrare, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
27	Masaj limfedem şi contenţie elastică
28	Masaj limfedem cu pompa de compresie
29	Montare TENS
30	Analgezie prin blocaje nervi periferici
31	Administrare medicaţie prin nebulizare
33	Aspiraţie gastrică
34	Aspiraţie căi respiratorii
35	Paracenteză

*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.

**) Pentru pacienţii parţial sau total dependenţi.

***) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minim 2 mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi pentru asiguraţii parţial sau total dependenţi.

NOTĂ:

1. Serviciile de la punctele 1 - 35 se contractează cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu.

2. Serviciile de la punctele 1 - 24 se contractează cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu

3. Serviciile de la punctele 25, 27 - 35 se efectuează numai de către medicii de specialitate cu atestat îngrijiri paliative.

4. În tarife sunt incluse şi costurile materialelor sanitare utilizate pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu.

ANEXA 25

CONDIŢIILE
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora

ART. 1 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanţă ECOG al acestuia.

(2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 27 C la ordin, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini. Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate recomandă îngrijiri medicale la domiciliu pentru asiguraţii cu afecţiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate şi validate de casa de asigurări de sănătate. În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3.

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4

(3) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de catre medicul curant al pacientului in biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii şi fişa de observaţie a pacientului, în ambulatoriu, asupra necesitatii efectuarii ingrijirilor medicale.

ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Tariful de 75 de lei/zi de îngrijire la domiciliu , este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării

ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). Fiecare episod nou de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

(5) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

ART. 3 Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

ART. 4 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, logopezi, îngrijitori.

(3) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi eligibili, pacienţii cu afecţiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranţă limitată de viaţă şi cu status de performanţă ECOG 3 sau 4.

(4) Statusul de performanţă ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

(5) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 27 D la ordin.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile

lucrătoare la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

ART. 5 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Tariful de 80 lei/zi pentru îngrijiri paliative, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire şi efectuate / număr minim de servicii (10) x tariful /zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 27 B.

Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2);

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (2). alin. (3).

ART. 7 (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în trei exemplare, din care un exemplar rămâne la medic. Un exemplar împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), de o persoană împuternicită de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidenţă asiguratul. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării.

(2) Pentru obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(3) Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, într-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanţă ECOG al asiguratului şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (3).

Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie. Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

(4) Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

(5) Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

ART. 8 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura

asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum şi evoluţia stării de sănătate.

ART. 9 (1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

(2) Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative la domiciliu şi desfăşurătorul în luna următoare celei pentru care se face decontarea, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

(3) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform normelor, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

(4) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin (2) şi art. 5 alin. (2).

(5) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(6) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise, începând cu data intrării în vigoare a prezentului ordin, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform prevederilor de la art. 2 alin (2) şi art. 5 alin(2).

ART. 10 (1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.

(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedinrtele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

(3) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 27 A la ordin.

(4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

ART. 11 În situaţia în care, un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 13 Gradul de dependenţă al asiguratului se evaluează prin statusul de performanţă ECOG.

ANEXA 26
- model -

CONTRACT DE FURNIZARE
de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu:

reprezentat prin: .....

Persoana fizică/juridică ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., bl. ....., sc. ....., et. ....., ap. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., adresă e-mail .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate

ART. 2 Furnizorul prestează servicii de îngrijiri medicale la domiciliul/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor, cuprinse în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate sunt cele aprobate de casa de asigurări de sănătate, respectiv cele prevăzute în planul de îngrijiri paliative la domiciliu.

IV. Durata contractului

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de desfăşurătoarele privind serviciile medicale realizate, prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

c) să informeze furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intentie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizor, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative sau, după caz, să comunice acestuia notele de constatare intocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, notificarea privind măsurile dispuse va fi transmisă furnizorului în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) sa deducă spre solutionare organelor abilitate situatiile in care constata neconformitatea documentelor depuse de catre furnizor, pentru a caror corectitudine furnizorul depune declaratii pe propria raspundere.

B. Obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 7 Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoţită de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să respecte dreptul la liberă alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

f) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

g) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale;

h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului;

i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor fără nicio discriminare;

k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

l) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

m) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

n) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu conform recomandărilor formulate de: medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medicii de familie aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin normele metodologice de aplicare ale Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H. G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Modelul formularului de recomandare este prezentat în anexa nr. 27 C respectiv anexa nr. 27 D la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

o) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată - pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;

p) să comunice direct atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;

q) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale / îngrijiri paliative furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;

r) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, atunci când acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

s) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

ş) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele servicii de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu fie coplata pentru alte servicii de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare

t) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;

ţ) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

u) 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

v) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 8 (1) Modalitatea de plată a furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire.

(2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu.

Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 75 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.

Tariful de 75 de lei/zi de îngrijire la domiciliu, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 50 de lei.

Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 8 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (8) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este de cel mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire). În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

(3) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu decontat de casa de asigurări de sănătate se stabileşte prin înmulţirea tarifului pe zi cu numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire paliativă la domiciliu.

Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijire este 80 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parţială a pacientului la pat, manevre terapeutice specifice, conform recomandării, după caz.

Tariful de 80 de lei/zi de îngrijiri paliative, este valabil pentru episoadele de îngrijire pentru care deciziile sunt emise începând cu 1 iunie 2011. Pentru zilele ce depăşesc 42 de zile tariful este de 55 de lei. Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate şi efectuate minim 10 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr.…. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. În caz contrar, tarifele se reduc proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Nr. servicii recomandate şi efectuate / nr. minim de servicii (10) x tariful /zi de îngrijire corespunzător perioadei recomandate.

Tarifele nu sunt elemente de negociere între părţi.

Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este de cel mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

(4) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

- timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu.

(5) Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

- timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră;
- un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sanatatii si al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire paliative la domiciliu din motive personale; furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

(6) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat conform Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu,

(7) În situaţia în care asiguraţii nu au beneficiat în ultimele 11 luni de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu şi pentru care se emit decizii începând cu data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele sunt cele corespunzătoare tipului şi perioadelor de îngrijire cumulate, conform reglementărilor art. 2 alin (2) şi art. 5 alin. (2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(8) Pentru episoadele de îngrijire la domiciliu sau îngrijiri paliative aflate în derulare la data intrării în vigoare a prezentelor norme, tarifele aferente acestora până la finalizarea episodului de îngrijire, sunt cele valabile la data emiterii deciziei.

(9) În situaţia în care, la data intrării în vigoare a prezentelor norme, asiguraţii au mai beneficiat în ultimele 11 luni de episoade de îngrijiri încheiate, fără a cumula 90 de zile de îngrijire în ultimele 11 luni, pentru deciziile nou emise se vor lua în calcul prevederile de la art. 2 alin (2) şi art. 5 alin.(2) din anexa nr. 25 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, ţinându-se cont de numărul de zile aferent episoadelor anterioare de îngrijiri medicale /paliative la domiciliu.

(10) În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... ale fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentantului legal al furnizorului.

Clauze speciale - se completează pentru fiecare persoană fizică sau juridică cu care s-a încheiat contractul ..... .

VII. Calitatea serviciilor de îngrijiri medicale / îngrijiri paliative la domiciliu

ART. 10 Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 11 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 12 Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau persoana fizică furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este direct răspunzător / răspunzătoare

de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 13 Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz. Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

X. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare / autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale casei de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractului încheiat şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;

g) la a doua constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t) precum şi a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu exceptia situatiilor in care vina este exclusiv a medicului/medicilor – pentru serviciile de îngrijiri paliative, caz in care contractul se modifica prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), g), i), j), k), s) şi u).

i) în cazul nerespectării situaţiilor prevăzute la art. 7 lit. n), o), p). şi q)

ART. 15 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. b), e), f), i), j), k), s) şi u) precum şi în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. g), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

1. la prima constatare, cu 10%;
2. la a doua constatare cu 20%;
3. la a treia constatare cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), h), l), m) şi t), precum şi ca în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate – cu recuperarea contravalorii acestor servicii , se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din urmatoarele situatii:

a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ şi îngrijiri paliative îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/ îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

e) denuntarea unilaterala a contractului de catre reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 17 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane

inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) După reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 14 alin. (1) lit. a) - c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. ţ), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative la domiciliu a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a2) şi a3) se constată de casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) lit. a) subpct. a1) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XII. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante modificările survenite.

XIII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile calendaristice înaintea datei la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

XIV. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz..

XV. Alte clauze

.....

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemple a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
Preşedinte - director general, ... Director executiv al Direcţiei economice, ... Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale, ... Vizat Juridic, Contencios	Reprezentant legal .....

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de îngrijiri medicale la domiciliu/ şi îngrijiri paliative, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate

- Dovada de evaluare a furnizorului nr....., valabilă la data încheierii contractului;
- Cont nr. ....., deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,

- Cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., Cod numeric personal (copie BI/CI, după caz) al reprezentantului legal ....., după caz

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical nr. ..... pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului nr. ……..

- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care este înregistrat în contract şi funcţionează sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- Dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare,

- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,

- Copie după actul constitutiv,

- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Lista cu echipamentele si/sau instrumentarul specific aflate in dotare si documentele care atesta modalitatea de detinere a acestora , conform legii.

- Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic

- Certificatul de membru al O.A.M.G.M.A.M.R. pentru personalul mediu sanitar, valabil la data încheierii contractului

- copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor

- copie a actului de identitate pentru medici şi personalul mediu sanitar

- programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor. (se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru /zi……ore…….profesia……..)

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 27 A
- Model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Decizia nr. ..... din data .....

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2011 – 2012, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Ordinului nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a acestuia;

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ....., actul ..... nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu eliberată de medicul de specialitate din ambulatoriu/medicul de specialitate din spital, dr. ....., din unitatea sanitară ....., gradul de dependenţă al asiguratului ....., declaraţia pe proprie

răspundere din care să rezulte că afecţiunea nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. ...../data .....

DECIDE

ART. 1 Se aprobă episodul de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu constând în următoarele servicii medicale de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu

.....

.....

pentru ..... zile, în intervalul …... (zi/luna/an - zi luna an) pentru numitul ..... cu diagnosticul de .....

ART. 2 Tariful pe o zi de îngrijire suportat de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: ..... lei.

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de 10 de zile lucrătoare de la data emiterii de către casa de asigurări de sănătate, în vederea depunerii acesteia la furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Dată astăzi ..... .

Preşedinte-Director General,

Viza CFP Viza juridic-contencios

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE SERVICII DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU/ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....

Furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu	Adresă completă sediu social/ Telefon/Fax/Pagină web	Adresă completă punct de lucru/ Telefon/Fax/Pagină web
1		
2		
...		

ANEXA 27 B
- Model -

PLAN DE ÎNGRIJIRE PENTRU SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu .....
Nr. Contract .... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....
Numele şi prenumele asiguratului .....
CNP asigurat .....
Diagnostic medical .....
Diagnostic boli asociate .....

Semnificaţia coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:
A - Data efectuării serviciilor
B - Nume prenume evaluator
C - Semnătura evaluator

Evaluare	Problema	Servicii	Data	A	Nume	Semnătură	Data

iniţială	(actuală/ potenţială)	îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	la care urmează a se efectua serviciile		prenume persoană care a efectuat serviciile	persoană care a efectuat serviciile	reevaluării
Data	B	C					
Re-evaluare	Problema (actuală/ potenţială)	Servicii îngrijiri paliative stabilite de evaluator *)	Data la care urmează a se efectua serviciile	A	Nume prenume persoană care a efectuat serviciile	Semnătură persoană care a efectuat serviciile	Data următoarei reevaluări
Data	B	C					

*) Se vor înscrie servicii de îngrijire paliative conform anexei nr. 24 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului/cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 27 C
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate inclusiv medicul de familie, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:

.....

5. statusul de performanţă ECOG *) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin[1])	periodicitate/ritmicitate
a)	.....
b)	.....
c)	.....
d)	.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri medicale la domiciliu la domiciliu**)

.....

8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate/asistenţa medicală primară
Data	Data .....

Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire asiguratul internat	Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate/medicului de familie .....

---

*) statusul de performanţă ECOG:

- statusul de performanţă ECOG 3 – pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) -
- statusul de performanţă ECOG 4 – pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire)

_____

[1)] Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 27 D
- model -

RECOMANDARE
pentru îngrijiri paliative la domiciliu

Furnizorul de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate, unitatea sanitară cu paturi (spitalul) .....

Nr. contract ..... încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate .....

1. Numele şi prenumele asiguratului .....
2. Domiciliul .....
3. Codul numeric personal al asiguratului .....
4. Diagnosticul medical şi diagnostic boli asociate:

.....

5. statusul de performanţă ECOG *) .....
6. Servicii de îngrijiri recomandate:

(din anexa nr. 24 la ordin[1])

a) ....
b) ....
c) ....
d) ....

.....
.....
.....
.....

7. Durata pentru care asiguratul poate beneficia de îngrijiri paliative la domiciliu**)

.....

8. Codul medicului .....

Ştampila secţiei din care se externează asiguratul şi semnătura şefului de secţie	Ştampila furnizorului de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate
Data ..... Semnătura şi parafa medicului care a avut în îngrijire	Data ..... Semnătura şi parafa medicului din ambulatoriul de specialitate

asiguratul internat

....

---

*) statusul de performanţă ECOG:

- statusul de performanţă ECOG 3 – pacientul este incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) -

- statusul de performanţă ECOG 4 – pacientul este complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare)

**) Nu poate fi mai mare de 90 de zile o dată în viaţă pentru îngrijiri paliative la domiciliu.

[1)] Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei naţionale de Asigurări de Sănătate nr..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ANEXA 28

CONDIŢIILE
acordării asistenţei medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi modalitatea de plată a acesteia

ART. 1 (1) Suma negociată şi contractată de sanatoriile/secţiile sanatoriale din spitale, pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, de furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată / aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare şi de preventoriile cu sau fără personalitate juridică, cu casele de asigurări de sănătate, se stabileşte pe baza următorilor indicatori specifici în funcţie de care se stabileşte capacitatea maximă de funcţionare:

a) număr de personal existent conform structurii sanatoriilor, inclusiv cele balneare, şi preventoriilor, având în vedere numărul de posturi aprobate potrivit legii;

b) număr de paturi stabilit conform structurii organizatorice aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii;

c) rata medie de utilizare a paturilor la nivel naţional şi în conformitate cu planul de paturi la nivel judeţean, stabilite prin ordin al ministrului sănătăţii; rata medie de utilizare a paturilor la nivel naţional luată în calcul la stabilirea capacităţii maxime este de 250 de zile;

d) număr de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional;

e) durata optimă de spitalizare sau, după caz, durata de spitalizare efectiv realizată; pentru situaţiile la care este prevăzută durată optimă de spitalizare se va lua în calcul durata optimă dacă durata de spitalizare efectiv realizată este mai mare decât aceasta, respectiv durata de spitalizare efectiv realizată dacă aceasta este mai mică decât durata optimă de spitalizare.

f) tariful pe zi de spitalizare negociat ;

g) cost mediu cu medicamentele/bolnav externat pe anul 2010.

h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile legii, în vigoare la data încheierii contractului

(2) Suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încheiat de casele de asigurări de sănătate cu sanatoriile, inclusiv cele balneare, şi preventoriile, precum şi suma contractată cu spitalele în baza contractului de furnizare servicii medicale spitaliceşti pentru secţiile sanatoriale se stabileşte prin negociere astfel:

Număr de zile de spitalizare x tarif pe zi de spitalizare negociat

a) numărul de zile de spitalizare, total şi pe secţii, stabilit pe baza ratei medii de utilizare a paturilor la nivel naţional.

b) tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu se negociază şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal.

		Tarif maximal pe zi de spitalizare (lei)
1.	Sanatorii balneare	135
2.	Sanatorii	116
3.	Preventorii	65

NOTĂ: Tariful contractat nu poate fi mai mare decât tariful contractat pentru anul 2010 + 15%. Pentru furnizorii care nu au fost în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2010, tariful maximal se diminuează cu 20%.

Pentru sanatoriile balneare, suma contractată şi decontată de casele de asigurări de sănătate este suma negociată diminuată corespunzător cu contribuţia personală a asiguraţilor.

Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă 30 - 35% din tariful/zi de spitalizare negociat , în funcţie de tipul de asistenţă balneară şi de durata tratamentului:

Tipul de asistenţă balneară	Durata*)	Contribuţia asiguratului
1. Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)	18 - 21 de zile	35% din tariful/zi de spitalizare
2. Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)	21 - 30 de zile	30% din tariful/zi de spitalizare

*) Serviciile medicale acordate pentru duratele de spitalizare mai mari de 21, respectiv 30 de zile, se suportă în întregime de către asiguraţi. Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale şi pentru durate mai mici de 18, respectiv 21 de zile, conform aceloraşi procente. Contribuţia asiguratului se încasează de către sanatorii, care eliberează bon fiscal sau, la cererea asiguratului, factură, pentru această contribuţie, şi reprezintă venit propriu al unităţii sanitare.

În sanatoriile balneare, pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, partea de contribuţie personală a asiguratului se suportă din fond.

Pentru serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii nu se percepe contribuţie din partea asiguraţilor.

ART. 2 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie efectuate în sanatorii/secţiile sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face de către casele de asigurări de sănătate în raport cu numărul de zile de spitalizare efectiv realizat şi cu tariful pe zi de spitalizare, cu încadrarea în valoarea contractului, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

(2) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ efectuate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, precum şi în preventorii cu sau fără personalitate juridică se face din fondul cu destinaţia servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie ~~de~~ în unităţi sanitare cu paturi.

ART. 3 Asiguraţii suportă contravaloarea serviciilor hoteliere (cazare şi/sau masă) cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Prin confort standard, în ceea ce priveşte cazarea, se înţelege salon cu minimum 3 paturi, grup sanitar propriu, cu respectarea normelor igienico-sanitare şi fără dotări suplimentare (televizor, radio, telefon, frigider, aer condiţionat şi altele asemenea), iar în ceea ce priveşte masa, cea acordată la nivelul alocaţiei de hrană stabilită prin acte normative. Contribuţia personală a asiguraţilor reprezintă diferenţa dintre tarifele stabilite pentru serviciile hoteliere cu grad ridicat de confort, stabilite de fiecare unitate furnizoare, şi cele corespunzătoare confortului standard.

ART. 4 Sanatoriile şi preventoriile din sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate suportă contravaloarea serviciilor hoteliere standard (cazare standard şi masă la nivelul alocaţiei de hrană) pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav, în condiţiile prevederilor legale în vigoare.

ART. 5 (1) Sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice.

(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi şi avizate de şeful de secţie şi manager, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile contractului-cadru şi prezentelor norme, sanatoriile, inclusiv cele balneare şi preventoriile rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a sanatoriilor, inclusiv cele balneare şi a preventoriilor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii.

ART. 6 (1) Suma anuală prevăzută în bugetul de venituri şi cheltuieli şi, respectiv, suma prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate se defalchează de către sanatorii şi preventorii pe trimestre şi luni, cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior, în funcţie de subordonare, şi al caselor de asigurări de sănătate.

Lunar, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata sumele corespunzătoare serviciilor medicale realizate conform indicatorilor specifici, în limita sumelor contractate, în baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative ce se depun la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale.

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

Pentru încadrarea în sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate, sanatoriile şi preventoriile vor întocmi liste de prioritate pentru cazurile programabile, dacă este cazul. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, acestea depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate în lista de prioritate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în lista de prioritate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite din lista de prioritate în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului în lista de prioritate.

(2) Activitatea realizată se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

Decontarea lunară şi regularizarea trimestrială se realizează astfel:

1. Decontarea lunară în limita sumei contractate se face în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

2. Trimestrial, se fac regularizări şi decontări, în limita sumei contractate, în funcţie de:

- numărul de zile de spitalizare efectiv realizate de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv,
- tariful pe zi de spitalizare negociat, diminuat în cazul sanatoriilor balneare cu contribuţia asiguratului conform prevederilor art. 1.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mic decât numărul de zile contractate, decontarea se face la numărul realizat.

În situaţia în care numărul de zile efectiv realizate este mai mare decât numărul de zile contractate decontarea se va face la nivelul contractat.

(3) Regularizarea şi decontarea trimestrială se fac în primele 25 de zile ale lunii următoare trimestrului încheiat, cu excepţia trimestrului IV pentru care regularizarea se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform contractului de furnizare de servicii medicale până la aceasta dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

ART. 7 Pentru spitalele de recuperare şi secţiile/compartimentele de recuperare din cadrul unor spitale, contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se fac în condiţiile stabilite în anexa nr. 17 la ordin, din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti.

ART. 8 Medicii care îşi desfăşoară activitatea în sanatorii/preventorii au obligaţia ca la externarea asiguratului să transmită medicului de familie sau medicului de specialitate din ambulatoriu, după caz, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital - cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, evaluarea stării de sănătate a asiguratului la momentul externării şi indicaţiile de tratament şi supraveghere terapeutică pentru următoarea perioadă (determinată conform diagnosticului).

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică au obligaţia de a organiza trimestrial (sau ori de câte ori este nevoie) întâlniri cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale din asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie a sănătăţii, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili, împreună cu medicii de specialitate din unităţile sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ART. 10 Furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie (sanatorii, preventorii) vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare.

ANEXA 29

CONTRACT

de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii)

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ....., judeţul/sectorul ....., telefon ....., fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general.....

şi

Sanatoriul/Preventoriul/Secţia sanatorială sau compartiment sanatorial din spital/furnizorii constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizaţi de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată /aprobată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare ..... având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon fix/mobil ....., e-mail ..... fax ..... reprezentat prin .....

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, acordate în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare, şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în sanatorii şi preventorii, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2 Serviciile medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie de recuperare, medicină fizică şi balneologie în sanatorii şi preventorii se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare, medicină fizică şi balneologie de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de de recuperare, medicină fizică şi balneologie, autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente

justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative; prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, şi dispozitive medicale acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere.

h) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare, depuse până la data prevăzută în contract; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie acordate în baza biletelor de trimitere / biletelor de internare, dacă acestea sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.

ART. 6 Furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie are următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie şi ale asiguratului referitoare la actul medical;

c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

e) să raporteze casei de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare;

f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

h. 1) să respecte programul de lucru şi să-l comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 39 B la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr.…. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, program asumat prin prezentul contract şi care se depune la casa de asigurări de sănătate la dosarul de contractare;

h.2) programul de lucru va avea avizul conform al direcţiei de sănătate publică judeţene sau a municipiului Bucureşti, care se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului.

i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, care este formular cu regim special, unic pe ţară, să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie la externare medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;

l) să asigure acordarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeii gravide şi sugarilor;

n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin HG 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

p) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale normelor de aplicare a acestuia;

q) să respecte protocoalele de practică pentru prescrierea, monitorizarea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, elaborate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, conform dispoziţiilor legale;

r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;

s) să asigure acordarea asistenţei medicale necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;

ş) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;

t) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;

ţ) să încaseze sumele reprezentând fie contribuţia personală pentru unele serviciile medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

u) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - prescripţie medicală, cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceştia contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate.

v) să recomande asiguraţilor tratamentul adecvat şi eficient, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, la externare, conform prevederilor legale în vigoare;

w) să acorde servicii medicale asiguraţilor numai pe bază de bilet de trimitere / de internare, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, de la medicul de familie, de la medicul de specialitate din ambulatoriu sau de la medicul din spital, aflat în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

x) să informeze medicul de familie al asiguratului, sau după caz medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire sunt documente tipizate care se întocmesc în două exemplare, din care un exemplar rămâne la furnizor, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriu, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

y) să verifice biletele de trimitere/de internare cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

z) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului.

aa) să prezinte casei de asigurări de sănătate, în vederea contractării, indicatorii specifici stabiliţi în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

ab) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;

ac) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

ad) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare

ae) să prezinte casei de asigurări de sănătate, la contractare, structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii în condiţiile legii.

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Suma pentru sanatorii balneare prevăzută în prezentul contract se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat a se realiza şi de tariful/zi de spitalizare negociat diferenţiat pe tipuri de sanatorii.

Valoarea contractată în sumă de ..... lei este suma negociată diminuată cu contribuţia personală a asiguraţilor, conform tabelului de mai jos:

Tipul de asistenţă balneară	Nr. de zile	Tariful pe zi de	Suma negociată	Suma suportată	Valoarea contractată

	spitalizare contractate	spitalizare negociat		de asigurat	
1	2	3	4 = 2 x 3	5 = 2 x 3 x %	6 = 4 - 5
Asistenţă balneară terapeutică (cu trimitere medicală)					
Asistenţă balneară de recuperare medicală (cu trimitere medicală)					
TOTAL:		x			

(2) Suma contractată cu casa de asigurări de sănătate pentru sanatorii, altele decât cele balneare, secţiile sanatoriale din spitale şi preventorii este de ..... şi se stabileşte prin negociere în funcţie de numărul de zile de spitalizare estimat ..... şi tariful pe zi de spitalizare/sanatoriu/preventoriu negociat.

(3) Suma aferentă serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate stabilită pentru anul 2011 se defalchează lunar şi trimestrial după cum urmează:

- Suma aferentă trimestrului I ..... lei,

din care:

- luna I ..... lei
- luna II ..... lei
- luna III ..... lei
- Suma aferentă trimestrului II ..... lei,

din care:

- luna IV ..... lei
- luna V ..... lei
- luna VI ..... lei
- Suma aferentă trimestrului III ..... lei,

din care:

- luna VII ..... lei
- luna VIII ..... lei
- luna IX ..... lei
- Suma aferentă trimestrului IV ..... lei,

din care:

- luna X ..... lei
- luna XI ..... lei
- luna XII ..... lei.

(4) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

ART. 8 (1) Decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie contractate se face conform prevederilor art. 6 din anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr……. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(2) Lunar, până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care se face plata, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ....., cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1 - 15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor justificative depuse la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... .

Decontarea serviciilor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile medicale efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, urmând ca diferenţa reprezentând servicii medicale realizate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.

(3) Trimestrial, până la data de ..... a lunii următoare încheierii trimestrului, se fac regularizările şi decontările, în limita sumei contractate. Regularizarea trimestrului IV se face până la data de 20 decembrie a anului în curs pentru serviciile medicale realizate şi raportate conform prezentului contract până la această dată, conform facturilor însoţite de documentele justificative, urmând ca regularizarea finală a trimestrului IV să se efectueze în luna ianuarie a anului următor.

(4) Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

ART. 9 Plata serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie se face în contul nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau în contul nr. ....., deschis la Banca .....

Art. 10 (1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, prevăzute în prezentul contract, atrage diminuarea valorii de contract pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii după cum urmează:

a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;

c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract aferentă lunii respective ;

(2) Reţinerea sumei conform alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

(3) Recuperarea sumei conform alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) în vederea luării măsurilor ce se impun.

VII. Calitatea serviciilor medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie

ART. 11 Serviciile medicale furnizate în baza prezentului contract trebuie să respecte criteriile privind calitatea serviciilor medicale elaborate în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

VIII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

ART. 13 Reprezentantul legal al unităţii sanitare de recuperare, medicină fizică şi balneologie cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract este direct răspunzător de corectitudinea datelor raportate. În caz contrar se aplică prevederile legislaţiei în vigoare.

IX. Clauză specială

ART. 14 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului şi care împiedică executarea acestuia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

ART. 15 Efectuarea de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere şi nu atrage nici o obligaţie din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul.

X. Încetarea, modificarea şi suspendarea contractului

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie, încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se modifică în sensul suspendării unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;

b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv dovezii de evaluare:

c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului.

d) la solicitarea furnizorului pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate.

(2) Prevederile art. 19 şi art. 21 din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nu se aplică unităţilor sanitare cu paturi de recuperare, medicină fizică şi balneologie.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de recuperare, medicină fizică şi balneologie sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate in contractul încheiat cu casa de asigurari de sănătate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(3) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul se modifica din nou, din motive imputabile persoanelor prevazute la alin. (2), casele de asigurari de santate nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (2) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului.

ART. 18 Situaţiile prevăzute la art. 16 alin. (1) şi la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a2 şi a3 se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele sale abilitate, sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) subpct. a1 se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

XI. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XII. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica, prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare, cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi şi este anexă a acestui contract.

ART. 21 (1) În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

(2) Pe parcursul derulării prezentului contract, valoarea contractuală poate fi majorată prin acte adiţionale, după caz, în limita fondului aprobat pentru asistenţa medicală de recuperare, medicină fizică şi balneologie, avându-se în vedere condiţiile de contractare a sumelor iniţiale.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată

nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai mult cu putinţă spiritului contractului.

Dacă încetează termenul de valabilitate al autorizaţiei sanitare de funcţionare/al documentului similar pe durata prezentului contract, toate celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de nulitate, cu condiţia reînnoirii autorizaţiei sanitare de funcţionare pe toată durata de valabilitate a contractului.

XIII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIV. Alte clauze

.....

Prezentul contract de furnizare a serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a fost încheiat azi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE SERVICII MEDICALE
Preşedinte - Director general,	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al Direcţiei Economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei Relaţiei contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, contencios	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii) nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică şi balneologie (pentru sanatorii şi preventorii), depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....,
- actul de înfiinţare sau de organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz, nr. .....,
- dovada de evaluare nr. ...../....., valabilă la data încheierii contractului
- cod de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare nr. .....
- cont nr. ..... deschis la Trezoreria statului, sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor valabilă la data încheierii contractului .....,
- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;
- dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare nr. .....,

- structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate,

- copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea unităţii sanitare

- documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, conform anexei nr. 16 A la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- indicatorii specifici stabiliţi prin anexa nr. 28 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr…….. pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

- declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că foloseşte protocoalele terapeutice proprii, elaborate şi validate conform prevederilor legale în vigoare;

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 30

MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ŞI DECONTARE
a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

ART. 1 (1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Prescripţia medicală este document cu regim special şi se întocmeşte în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul şi o copie) se depun de asigurat la farmacie şi al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripţia. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ştersături sau adăugiri. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această menţiune va fi semnată şi parafată de către persoana care a completat iniţial datele, pe toate formularele.

(2) Pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris.

Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie.

Medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea

recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în anexa nr. 36 la ordin.

Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

(4) Prescripţiile medicale aferente medicamentelor fără contribuţie personală se eliberează în următoarele situaţii:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide şi lehuze, tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenţi, care beneficiază de gratuitate suportată din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform prevederilor titlului VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

b) pentru bolile care beneficiază de gratuitate conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din fond, în condiţiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preţ de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(5) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum şi o declaraţie pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fişa medicală a pensionarului/în registrul de consultaţii numărul talonului şi cuantumul pensiei şi va anexa la fişa medicală declaraţia dată pe propria răspundere de către pensionar.

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecţiuni acute, de 8 - 10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30/31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluşi în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale şi menţionată pe prescripţie sub rubrica aferentă CNP-ului. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

(3) Prescripţia medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului cuprinde medicaţia pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(4) Prescripţia medicală pentru cazurile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecţiunile acute şi subacute prescripţia medicală este valabilă maximum 48 de ore.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de

sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre şi litere.

ART. 4 (1) Prescripţia medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informaţiile solicitate în formularul de prescripţie medicală cu regim special aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competenţelor legale pe care le au şi în concordanţă cu diagnosticul menţionat pe formularul de prescripţie medicală emis.

Excepţie fac medicii de familie care pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca o consecinţă a actului medical prestat de alţi medici în următoarele situaţii:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală;

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmisă de alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraţilor, la externare, medicamente în limita specialităţii şi a consultaţiilor interdisciplinare evidenţiate în foaia de observaţie.

ART. 6 Prescripţiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract / convenţie medicul prescriptor.

Primitorul semnează de primirea medicamentelor pe prescripţia medicală, pe care se menţionează numele, prenumele, adresa completă, seria şi numărul actului de identitate al acestuia, codul numeric personal - CNP, data eliberării.

(2) În situaţia în care primitorul renunţă la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripţia medicală, acestea se anulează în faţa primitorului pe toate exemplarele prescripţiei medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii „anulat”, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secţiunea C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripţiei. În cazul în care, medicamentele

eliberare în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului / primitorului pe verso-ul prescripţiei.

(3) Înscrierea preţurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate, pe toate exemplarele prescripţiei medicale.

(4) Farmacistul notează preţurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament şi sumele ce reprezintă contribuţia personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligaţia să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie.

Face excepţie de la obligaţia farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situaţia în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta şi pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripţiile cu destinaţie pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosinţă pediatrică, conform indicaţiilor producătorului de medicamente, cu excepţia cazurilor justificate în care vârsta şi greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii medicale în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte. Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor

aferente grupelor de boli cronice: a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru pentru anii 2011 - 2012 aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să ţină evidenţe distincte pentru sumele decontate reprezentând contravaloarea medicamentelor din prescripţiile eliberate de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii.

(2) Borderourile se întocmesc în 2 exemplare, specificându-se suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi cu sumele totale ce urmează să fie decontate de către casele de asigurări de sănătate după caz, cu evidenţierea distincte a sumei corespunzătoare procentului de 40% pentru prescripţiile de care beneficiază pensionarii cu venituri de până la 700 de lei/lună suportate din bugetul Ministerului Sănătăţii prin transfer către bugetul fondului.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contracteaza si decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.
Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(2) Acordarea medicamentelor si a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluşi în unele programe naţionale de sănătate cu scop curativ se realizează in conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2011-2012.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile, înaintează caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, următoarele acte în original: factura, borderourile centralizatoare, prescripţiile medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestuia.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăţilor efectuate.

ART. 14 (1) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piaţă (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi metoda de calcul pentru sublistele A, B, C-secţiunile C1 şi C3 din sublistă, aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina de WEB a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa www.cnas.ro şi se actualizează în următoarele condiţii:

a) la actualizarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuţie personală, în conformitate cu prevederile art. 97 alin. (2) din Contractul-

cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

b) trimestrial ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; medicamentele din CANAMED pentru care deţinătorul autorizaţiei de punere pe piaţă nu face dovada prezenţei pe piaţă a acestora în ultimele 3 luni, acestea nu se cuprind în lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor – denumiri comerciale;

c) în situaţia în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piaţă care a obţinut aprobarea Ministerului Sănătăţii pentru:

- un preţ de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât preţul de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile - pentru medicamentele din sublistele A, B, C – Secţiunile C1 şi C3;

Această condiţie se aplică numai dacă deţinătorul de aprobare de punere pe piaţă a medicamentului respectiv prin reprezentantul său legal declară pe propria răspundere că dispune de o cantitate de medicamente care reprezintă cel puţin 50% din consumul de medicamente din cadrul unui DCI corespunzător anului 2010 şi are capacitatea de a-l distribui în farmaciile aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate, sub sancţiunea scoaterii medicamentului din listă, în caz contrar.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele în condiţiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripţia medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (4).

ART. 15 Prescrierea, eliberarea şi decontarea medicamentelor cu sau fără contribuţie personală din partea asiguraţilor se fac în limita fondului aprobat cu această destinaţie.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcţiona comisii pentru fiecare grupă de boală cronică prevăzută potrivit Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale ale medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate, direcţiei de sănătate publică şi ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul şef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului şef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate şi de direcţia de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcţiei de sănătate publică;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului şef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;
- 1 medic prescriptor.

Comisia:

- stabileşte criteriile de includere/excludere în/din tratament şi aplicarea criteriilor de prioritizare în baza listelor de aşteptare (unde nu există protocoale la nivel naţional) şi punerea în aplicare a acestora în activitatea desfăşurată;
- pentru bolile la care există protocoale la nivel naţional prin care se aplică criterii de prioritizare întocmeşte listele de aşteptare, dacă este cazul.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziţia fiecărei comisii:

- numărul stabilit de bolnavi ce pot fi trataţi, în funcţie de sumele aprobate şi costul mediu pe pacient;

- pacienţii aflaţi în tratament şi tratamentul acordat acestora, cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări şi a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2011 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare.

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti au obligaţia de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală din partea asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, precum şi respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

ANEXA 31

CONTRACT
de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate

I. Părţile contractante:

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....,

şi

Societatea comercială farmaceutică ....., reprezentată prin .....

Farmaciile care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti ....., reprezentată prin .....,

având sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon ..... fax ..... e-mail ....., şi punctul în comuna ....., str. ..... nr. .....,

II. Obiectul contractului:

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, conform reglementărilor legale în vigoare.

III. Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu:

ART. 2 Furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face cu respectarea reglementărilor legale în vigoare privind Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie

medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, reglementărilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi a reglementărilor normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru.

ART. 3 Furnizarea medicamentelor şi materialelor sanitare se va desfăşura prin intermediul următoarelor farmacii aflate în structura societăţii comerciale:

1. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

2. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....;

3. ..... din ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., sectorul/judeţul ....., telefon/fax ....., cu autorizaţia de funcţionare nr. ...../....., eliberată de ....., dovada de evaluare în sistemul asigurărilor sociale de sănătate nr. ...../....., farmacist .....

NOTĂ: Se vor menţiona şi oficinele locale de distribuţie cu informaţiile solicitate anterior.

IV. Durata contractului:

ART. 4 Prezentul contract este valabil de la data încheierii lui până la data de 31 decembrie 2011.

ART. 5 Durata prezentului contract se poate prelungi cu acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor:

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 6 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor prin afişare pe pagina web, lista acestora pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

b) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripţii medicale care nu conţin toate datele, dar numai pentru afecţiuni acute şi dacă se poate identifica medicul, asiguratul şi dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecţiune acută. În această situaţie casele de asigurări de sănătate atenţionează medicii care prescriu reţete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora, şi încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripţie medicală la care s-au constatat astfel de deficienţe. Sumele obţinute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

c) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte, în limita fondurilor aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţie consum de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, contravaloarea

medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală la termenele prevăzute în Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, în condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare ale acestuia;

d) să urmărească lunar, în cadrul aceluiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, şi total consum medicamente; să urmărească lunar / săptămanal evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun.

e) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale şi asiguraţilor cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât şi pentru cele cuprinse în sublista B, precum şi cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru fiecare cod de boală pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C1 şi mai mult de o prescripţie medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C - secţiunea C3; în această situaţie asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 103 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

f) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar cu cel prevăzut la art. 4 alin.(1) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de medicamente cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

g) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi;

h) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. In cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind masurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe proprie răspundere

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii

k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor trimestriale/lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul trimestrului/lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;

l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente;

B. Obligaţiile furnizorilor de medicamente

ART. 7 Furnizorii de medicamente au următoarele obligaţii:

a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B şi C–secţiunea C1 şi C3;

b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi denumiri comune internaţionale (DCI), cu prioritate la preţurile cele mai mici din Lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie;

c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare;

d) să verifice prescripţiile medicale în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor;

e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic;

f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;

g) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu: factură, borderou centralizator, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine a bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora, pe baza cărora au fost eliberate medicamentele, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate conform prevederilor de la lit. v);

h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.

1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;

i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat, conform legii;

j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;

k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului aprobat prin Decizia Adunării Generale Naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului dentologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;

l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie; să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

m) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract sau convenţie în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale eliberate în situaţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, cu încadrarea în sumele aprobate cu această destinaţie.

n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii „anulat” DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe toate exemplarele prescripţiei medicale, în condiţiile stabilite prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;

o) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;

p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;

q) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în prezentul contract. Pentru medicamentele eliberate decontarea se face cu încadrarea în fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate;

s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;

ş) să elibereze medicamentele din sublistele A, B şi C – secţiunea C1 şi C3 ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia

cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe versoul prescripţiei.

t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora;

ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

u) să acorde medicamentele prevăzute în Lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;

v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor eliberate conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificata a acestei obligatii pe perioada derularii contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;

w) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei, excepţie făcând situaţiile prevăzute la art. 101 lit. c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune.

y) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligatia să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale documentele justificative care atestă serviciile acordate pentru această categorie de persoane;

z) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul

şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligatia să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum şi documentele care au deschis dreptul la servicii medicale ;

aa) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor – farmacii / oficine precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciştii şi asistenţii de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor intr-o forma prevazuta de lege si care urmează sa fie înregistrat in contract si sa funcţioneze sub incidenţa acestuia.

ab) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu; medicamentele cu şi fără contribuţie personală eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată:

ART. 8 (1) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate se face pe baza următoarelor acte în original: factură, borderouri centralizatoare, prescripţii medicale, cu înscrierea numărului de ordine al bonului fiscal şi a datei de emitere a acestora. În situaţia în care în acelaşi formular de prescripţie se înscriu medicamente din mai multe subliste, farmaciile întocmesc borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă. În borderouri vor fi evidenţiate distinct prescripţiile întocmite de medicii de familie pe baza scrisorii medicale de la medicii de medicina muncii. Farmaciile întocmesc borderouri centralizatoare distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urile aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai CNAS, precum şi pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 102 alin. (4) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care se completează prescripţii distincte.

Pe borderou fiecare prescripţie medicală poartă un număr curent care trebuie să fie acelaşi cu numărul de ordine pe care îl poartă prescripţia medicală. Borderoul va conţine şi codul de parafă al medicului, precum şi codul numeric personal al asiguratului, respectiv al titularului de card european de asigurări sociale de sănătate.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii / oficine locale de distribuţie, documentele mai sus menţionate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

(2) Casele de asigurări de sănătate contracteaza si decontează contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate de farmaciile cu care se află în relaţie contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinaţie se defalchează pe trimestre şi luni.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiţionale lunare pentru sumele reprezentand contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuţie personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinaţie, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 9 (1) Documentele pe baza cărora se face decontarea se depun la casele de asigurări de sănătate până la data de ..... a lunii următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 10 (1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat la casa de asigurări de sănătate şi prevăzut în prezentul contract, suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) avertisment la prima constatare;

b) cu 10% la a doua constatare;

c) cu 16% la a treia constatare.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g),h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ş), t), ţ), u) v) şi w), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu avertisment

b) la a doua constatare, cu 10%

c) la a treia constatare, cu 16%

Pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2), se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, şi se aplică la nivel de farmacie/oficină locală de distribuţie.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

ART. 11 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2011 se efectuează în ordine cronologică până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor conform alin. (2), în limita fondurilor aprobate cu această destinaţie.

(2) În termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturii de către farmacie la casa de asigurări de sănătate, factura se va valida în sensul acordării vizei "bun de plată" de către casa de asigurări de sănătate, ca urmare a verificării facturilor şi a borderourilor centralizatoare in condiţiile respectării prevederilor art. 7 lit. g) şi v) .

ART. 12 Plata se face în contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....

VII. Răspunderea contractuală:

ART. 13 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează daune-interese.

ART. 14 Farmacia este direct răspunzătoare de corectitudinea datelor cuprinse în decont şi în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate de legalitatea plăţilor.

VIII. Clauză specială:

ART. 15 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate ca forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

(3) Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(4) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezilierea contractului.

IX. Rezilierea, încetarea şi suspendarea contractului:

ART. 16 Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;

b) dacă din motive imputabile farmaciei evaluate aceasta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare;

d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;

e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;

f) odată cu prima constatare după aplicarea de 3 ori în cursul unui an a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) din prezentul contract; pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 10 alin. (1) de câte 3 ori pe an, pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii comerciale se aplică de 3 ori în cursul unui an măsurile prevăzute la art. 10 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la a patra constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;

g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente şi conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de 2 luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

h) la a patra constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 7 lit. a), b), c), e), f), g), h), j), k), l), m), n), o), p), q), r), s), ş), t), ţ), u), v), w) şi x); pentru nerespectarea obligaţiei de la art. 7 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, adusă la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;

i) în cazul refuzului furnizorului de medicamente de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

j) eliberarea de medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, de către farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse

din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract.

ART. 17 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) furnizorul de medicamente îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 18 alin. (1) lit. a) din prezentul contract, cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrata/înregistrate in contractul încheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de snatate pentru mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre acestea.

ART. 18 (1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 98 alin. (1) lit. a) – d) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 7 lit. aa) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia;

suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia.

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

(2) Decontarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu eliberate de farmacii conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 19 (1) Pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficinele locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 16 lit. f), g) şi h) - pentru nerespectarea prevederilor art. 7 lit. f), g), r), ţ) şi v), se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la art. 16 se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Prevederile art. 17 alin. (1) şi art. 18 referitoare la condiţiile de încetare, respectiv suspendare se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

(2) În situaţia în care prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate continuă să se elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casa de asigurări de sănătate va rezilia contractele încheiate cu societăţile comerciale respective pentru toate farmaciile/oficinele locale de distribuţie cuprinse în aceste contracte.

ART. 20 (1) Situaţiile prevăzute la art. 16 şi la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a2, a3 şi lit. c) se constată, din oficiu, de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

(2) Situaţiile prevăzute la art. 17 alin. (1) lit. a) – subpct. a1 şi lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

X. Corespondenţa:

ART. 21 (1) Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se va efectua în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, sau la sediul părţilor.

(2) Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului:

ART. 22 (1) Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

(2) Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 23 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 24 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor:

ART. 25 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

Prezentul contract de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, a fost încheiat astăzi ..... în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE	FURNIZOR DE MEDICAMENTE ŞI
Preşedinte - director general,	MATERIALE SANITARE
	Reprezentant legal,
.....	.....
Director executiv al	
Direcţiei economice,	
.....	
Director executiv al Direcţiei	
relaţii contractuale,	
.....	
Vizat	
Juridic, Contencios	

ANEXA 1

la contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări de sănătate nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- cererea/solicitarea pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, nr. .....,

- certificat de înmatriculate la Registrul comerţului nr. ..... sau actul de înfiinţare .....,

- contul nr. ..... deschis la Trezoreria Statului sau cont nr. ..... deschis la Banca .....,

- cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare nr. .....,

- dovada de evaluare a farmaciei nr. ..... valabilă la data încheierii contractului;

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor nr. ....., valabilă la data încheierii contractului

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic (farmaciştii şi asistenţii de farmacie) care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului nr. ……..

- dovada plăţii contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.....,

- program de lucru atât pentru farmacii cât şi pentru oficinele locale de distribuţie

- lista personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi durata timpului de lucru a acestuia (număr ore/zi şi număr ore/săptămană)

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 32

PACHET SERVICII DE BAZĂ LISTA DISPOZITIVELOR MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

A. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) Vibrator laringian	5 ani
		b) Buton fonator (shunt - ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) Canulă traheală simplă	4/an
		b) Canulă traheală Montgomery	2/an

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda 2 proteze auditive dacă medicii specialişti recomandă protezare bilaterală.

2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

B. Dispozitive pentru protezare stomii

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	1 set*)/lună (30 bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	1 set*)/lună (15 bucăţi)
	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ ileostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună
		b) pentru urostomie (flanşă suport şi sac colector)	1 set**)/ lună

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

**) Un set de referinţă este alcătuit din 4 flanşe suport şi 15 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului specialist, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.

NOTĂ:

1. Se va prescrie doar unul din sisteme A sau B, pentru fiecare tip.

2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.

3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă la recomandarea medicilor specialişti, se pot acorda 2 seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.

C. Dispozitive pentru incontinenţă urinară

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		1 set*)/lună (30 bucăţi)
2	Sac colector de urină		1 set*)/lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		1 set*)/lună (4 bucăţi)
4	Cateter urinar		1 set*)/lună (120 bucăţi)
5	Benzi intravaginale pentru incontinenţă urinară		

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului specialist şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la Casa de Asigurări de Sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.

D. Proteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulaţia de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani

		b) convenţională, din piele	2 ani
		c) geriatrică	2 ani
		d) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulaţia de genunchi	modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) pilon	2 ani
		b) combinată	2 ani
		c) din plastic	2 ani
		d) cu vacuum	2 ani
		e) geriatrică	2 ani
		f) modulară	4 ani
		g) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani

NOTĂ:

1) Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat şi de proteză provizorie.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

3) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

E. Proteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională	8 ani

		acţionată mioelectric	
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteza de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter-scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani

		d) funcţională atipic electric	8 ani

NOTĂ:

1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.

2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în coloana C4.

F. Dispozitive de mers

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu trei/patru picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	1 an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

NOTĂ:

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G. Orteze

G.1 Orteze pentru coloana vertebrală

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/ Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în trei puncte ptr. scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

NOTĂ:

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

G.2 Orteze pentru membrul superior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/ fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura	a) fixă	12 luni

	mâinii - mână		
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

2) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

G.3 Orteze pentru membrul inferior

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) Balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) Gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de şold		12 luni
6	Orteze şold - genunchi		12 luni
7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani

8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

NOTĂ:

1) Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi c) se prescriu numai perechi.

2) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

3) * se poate acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

4) Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia celor prevăzute la pct. 1); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

H. Încălţăminte ortopedică

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni

		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

NOTĂ:

1) Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani, se poate acorda o altă pereche de încălţăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului specialist, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.

2) Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.

3) Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.

I. Dispozitive pentru deficienţe vizuale

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*	a) ptr. camera anterioară b) ptr. camera posterioară	

* Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

J. Echipamente pentru oxigenoterapie

NR. CRT.	DENUMIREA DISPOZITIVULUI MEDICAL	TIPUL	TERMEN DE ÎNLOCUIRE
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen*)	- - concentrator de oxigen	

*) Aparatele de administrarea continuă cu oxigen se acordă numai prin închiriere.

ANEXA 33

MODALITATEA

de prescriere, procurare şi decontare a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

ART. 1 (1) Dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, se acordă pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, şi numai ca o consecinţă a actului medical raportat de medicul de specialitate care a făcut recomandarea şi validat de către casa de asigurări de sănătate în condiţiile prezentelor norme.

(2) Prescripţia medicală se eliberează în 3 exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medic, un exemplar însoţeşte cererea şi se depune la casa de asigurări de sănătate şi un exemplar rămâne la asigurat, pe care îl predă furnizorului de dispozitive medicale împreună cu decizia de aprobare a dispozitivului medical eliberată de casa de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală trebuie să conţină denumirea şi tipul dispozitivului medical din Lista dispozitivelor medicale din anexa nr.32 la ordin. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului.

Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor.

(3) Prescripţia medicală pentru protezarea auditivă trebuie să fie însoţită de audiograma tonală liminară şi audiograma vocală, eliberate de un furnizor autorizat şi evaluat care se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. Pentru copii, la recomandarea medicului de specialitate, audiograma vocală se poate excepta. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate.

(4) Prescripţia medicală pentru protezarea vizuală - implant cu lentile intraoculare - trebuie să fie însoţită de biometria eliberată de un furnizor de servicii medicale autorizat şi evaluat, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) În cazul protezării membrului inferior, după o intervenţie chirurgicală, un asigurat poate beneficia înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie. În această situaţie medicul care face recomandarea va menţiona pe prescripţia medicală modul de protezare şi tipul protezei definitive. În situaţii speciale, pentru acelaşi segment anatomic medicul specialist poate prescrie o altă protezare care să cuprindă atât proteză provizorie cât şi proteză definitivă sau direct proteză definitivă.

(6) Pentru dispozitivele de protezare stomii, în cazul pacienţilor cu stome permanente, medicul va menţiona pe prescripţia medicală "stomă permanentă".

(7) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidenţă şi asiguratul, în baza scrisorii medicale/bilet de ieşire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/ biletul de ieşire din spital, se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieşire din spital va conţine obligatoriu şi explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicală.

(8) În prescripţia medicală se va menţiona obligatoriu că deficienţa organică sau funcţională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv.

ART. 2 (1) Pentru obţinerea dispozitivului medical, asiguratul, unul din membrii de familie (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul beneficiar al dispozitivului, însoţită de un document justificativ care atestă calitatea de asigurat, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP, prescripţia medicală pentru dispozitivul medical şi declaraţia pe propria răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează prescripţia medicală pentru dispozitivul medical recomandat, cu specificarea domiciliului copilului, şi certificatul de naştere (în copie), cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

(2) Prescripţiile medicale îşi pierd valabilitatea dacă nu sunt depuse la casa de asigurări de sănătate în termen de 30 de zile de la data emiterii. Nu sunt acceptate prescripţiile medicale în care este nominalizat furnizorul de dispozitive medicale sau cele care sunt eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care reprezintă interesele unui furnizor de dispozitive medicale evaluat (reprezentant legal, angajat, asociat, administrator).

(3) În situaţia pacienţilor cu stome permanente pentru obţinerea dispozitivelor de protezare stomii, prescripţia medicală pe care este completată menţiunea "stomă permanentă" se depune împreună cu prima cerere la casa de asigurări de sănătate o singură dată într-un an calendaristic.

ART. 3 (1) Casa de asigurări de sănătate, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii. Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal.

(2) În cazul acceptării, cererile sunt supuse aprobării şi, respectiv, emiterii unei decizii de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivului medical în limita fondului aprobat cu această destinaţie. Decizia se ridica de la casa de asigurari de sanatate de catre beneficiar, apartinator sau imputernicit legal in acest sens sau se expediaza prin posta in maximum 2 zile de la emitere in cazul in care asiguratul solicita prin cerere. În situaţia în care cererile pentru dispozitive medicale conduc la depăşirea fondului lunar aprobat se întocmesc liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale. În acest caz decizia se emite în momentul în care fondul aprobat cu această destinaţie permite decontarea dispozitivului medical, în ordinea listei de prioritate, casa de asigurări de sănătate fiind obligată să transmită asiguratului prin adresă scrisă, expediată prin poştă, decizia în termen de 2 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia sau necesitatea revizuirii prescripţiei medicale, dacă este cazul. Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării unui dispozitiv medical este prevăzut în anexa nr. 35 la ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr …….. pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate pentru anii 2011 – 2012, aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(3) Criteriile de prioritate precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă stabilite de serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie şi se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia, precum şi de ponderea fiecărei categorii de dispozitive medicale din totalul dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor, în condiţiile art. 117 alin. (2) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

(4) Fiecare decizie se emite pentru un singur dispozitiv medical şi se eliberează în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat, transmis de casa de asigurări de sănătate prin poştă, şi un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

(5) Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală, care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru procurarea dispozitivelor de protezare stomii şi incontinenţă urinară este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 A la ordin.

(6) În cazul protezelor pentru membrul inferior, casele de asigurări de sănătate pentru un singur dispozitiv medical emit decizii distincte pentru acelaşi tip de proteză pentru ambele etape de protezare (proteza provizorie şi proteza definitivă). Decizia pentru proteza definitivă, se emite, la solicitarea asiguratului, după minimum 3 luni de la data la care acesta a beneficiat de proteza provizorie.

(7) În cazul fotoliilor rulante, acestea se vor acorda asiguraţilor pe o perioadă nedeterminată sau determinată - prin închiriere iar aparatele pentru administrare continuă cu oxigen se vor acorda pe o perioadă determinată prin închiriere, pe baza deciziilor de aprobare pentru procurarea/închirierea dispozitivelor medicale. Perioada de închiriere nu poate depăşi data la care încetează valabilitatea contractelor de furnizare de dispozitive medicale încheiate între casa de asigurări de sănătate şi furnizori. La încheierea contractelor, pentru dispozitivele medicale ce se acordă pentru o perioadă determinată, furnizorii prezintă lista cuprinzând tipurile de dispozitive şi numărul acestora pe fiecare tip.

(8) Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este valabilă pentru perioada prevăzută în prescripţia medicală care nu poate fi mai mare de 90 de zile calendaristice. Decizia de aprobare pentru închirierea fotoliilor rulante şi aparatelor pentru administrarea continuă cu oxigen este însoţită de o anexă cu 3 taloane lunare, corespunzător lunilor aferente perioadei prevăzute în prescripţia medicală, conform modelului prezentat în anexa nr. 35 B la ordin.

(9) Termenul de valabilitate al deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii acesteia de către casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la alin. (5) şi (8). În cazul dispozitivului efectuat la comandă, furnizorul de dispozitive medicale înştiinţează casa de asigurări de sănătate despre primirea deciziilor de aprobare a acestor dispozitive medicale, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora.

ART. 4 (1) Pentru procurarea dispozitivului medical, asiguratul, în cazul dispozitivelor la comandă (inclusiv pentru protezele auditive), sau, în cazul dispozitivelor medicale care nu sunt la comandă, asiguratul sau unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau reprezentantul legal al asiguratului se adresează, în perioada de valabilitate a deciziei, unuia dintre furnizorii din lista furnizorilor de dispozitive medicale evaluaţi, cu care casa de asigurări de sănătate a încheiat contract, cu următoarele documente: decizia emisă de casa de asigurări de sănătate şi prescripţia medicală.

Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor.

(2) Pentru pacienţii cu stome permanente care în cursul anului calendaristic, după expirarea termenului de valabilitate a unei decizii, doresc să se adreseze altui furnizor de dispozitive pentru protezare stomii decât cel la care au depus prescripţia medicală cu menţiunea "stomă permanentă", este necesară obţinerea unei alte prescripţii medicale cu

menţiunea "stomă permanentă" care să însoţească decizia emisă de casa de asigurări de sănătate.

(3) În cazul dispozitivelor de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen, decizia va fi însoţită de talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane.

ART. 5 Lista dispozitivelor medicale destinate recuperării deficienţelor organice sau funcţionale în ambulatoriu, prevăzută în anexa nr. 32 la ordin, conform pachetului de servicii de bază, cuprinde termenele de înlocuire ale dispozitivelor medicale. Termenul de înlocuire începe să curgă din momentul în care asiguratul a beneficiat de dispozitivul medical.

ART. 6 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(3) Furnizorul emite, în vederea decontării, factura însoţită de: copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei – părinte, soţ/soţie, fiu, fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată, şi de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare, după închirierea dispozitivului medical, şi dovada verificării tehnice.

(4) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) În cazul protezelor pentru membrul inferior, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al

preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(6) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

ART. 7 Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

ART. 8 (1) Certificatul de garanţie predat de către furnizor asiguratului trebuie să precizeze: elementele de identificare a dispozitivului medical (numele producătorului, numele reprezentantului autorizat al producătorului sau numele distribuitorului, după caz; tipul; numărul lotului precedat de cuvântul "lot" sau nr. de serie, după caz); data fabricaţiei şi, după caz, data expirării; termenul de garanţie.

(2) În cadrul termenului de garanţie asiguraţii pot sesiza furnizorul în legătură cu eventualele deficienţe ale dispozitivului medical care conduc la lipsa de conformitate a acestuia, dacă aceasta nu s-a produs din vina utilizatorului. În acest caz repararea sau înlocuirea dispozitivului medical cu altul corespunzător va fi asigurată şi suportată de către furnizor.

ANEXA 34
- model -

CONTRACT
de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

I. Părţile contractante

Casa de asigurări de sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general .....

şi

Furnizorul de dispozitive medicale ....., prin reprezentantul legal ..... sau împuternicitul legal al acestuia ....., după caz,

- având sediul social în localitatea ....., judeţul/sectorul ..... str. ..... nr. ....., telefon ....., fax .....,

(se va menţiona şi punctul/punctele de lucru din judeţ cu informaţiile solicitate anterior, dupa caz)

II. Obiectul contractului

ART. 1 Obiectul prezentului contract îl constituie furnizarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

III. Dispozitive medicale furnizate

ART. 2 Dispozitivele medicale furnizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate sunt prevăzute în anexa nr. 32 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi constau în:

a) .....;

b) .....;

c) ..... .

Lista de dispozitive medicale se va detalia pe categorii, denumiri şi tipuri.

IV. Durata contractului

ART. 3 Prezentul contract este valabil de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

ART. 4 Durata prezentului contract se poate prelungi prin acordul părţilor pe toată durata de aplicabilitate a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

V. Obligaţiile părţilor

A. Obligaţiile casei de asigurări de sănătate

ART. 5 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizaţi şi evaluaţi, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi a normelor metodologice de aplicare a acestuia şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista în ordine alfabetică a acestora, cu indicarea

datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguraţilor;

b) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;

c) să informeze în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) din Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare precum şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

d) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în anexa nr. 35 la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 aprobat prin H.G. nr.1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare;

e) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate pentru dispozitivul medical şi să specifice pe verso-ul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social şi punctul de lucru din judeţul respectiv, pentru informarea asiguraţilor;

f) să respecte dreptul asiguraţilor de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;

g) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc; validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;

h) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înţelege furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale.

i) să sesizeze organelor abilitate, în vederea soluţionării, situaţiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizorii de dispozitive medicale, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere.

j) să înmâneze la momentul finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum 1 zi lucrătoare de la data prezentării în vederea efectuării controlului. In cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

B. Obligaţiile furnizorului de dispozitive medicale

ART. 6 Furnizorul de dispozitive medicale are următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;

b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului şi să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;

c) să livreze dispozitivele medicale şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social sau la punctul/punctele de lucru pentru care deţin dovada de evaluare;

d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare a dispozitivului medical;

e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;

f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale care trebuie să fie aceleaşi cu cele din lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele a căror furnizare face obiectul contractului cu casa de asigurări sociale de sănătate prezentată la contractare, însoţite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau de declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz;

g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

h) să emită, în vederea decontării şi să depună la casa de asigurări de sănătate, facturile însoţite de: copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele medicale fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, fotoliile rulante şi aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale sau la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;

i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;

j) să anunţe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;

k) să utilizeze Sistemul informatic unic integrat. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu Sistemul informatic unic integrat, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii.

l) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în

maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;

m) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv în baza Regulamentului CEE nr. 1408/1971 referitor la aplicarea regimurilor de securitate socială salariaţilor, lucrătorilor independenţi şi membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul comunităţii, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de dispozitive medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să raporteze lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale documentele justificative care atestă dispozitivele medicale acordate pentru această categorie de persoane;

n) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României, şi au obligaţia să transmită lunar caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală documentele justificative care atestă cheltuielile efectiv realizate, precum şi documentele care au deschis dreptul la dispozitive medicale;

o) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract, documentele justificative.

p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului şi dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor – atât pentru sediul social cât şi pentru punctele de lucru precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor intr-o forma prevăzută de lege si care urmează sa fie înregistrat in contract si sa funcţioneze sub incidenta acestuia.

q) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării dispozitivelor medicale; dispozitivele medicale eliberate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

VI. Modalităţi de plată

ART. 7 (1) Documentele în baza cărora se face decontarea se depun la casa de asigurări de sănătate până la data de ..... a fiecărei luni următoare celei pentru care se face decontarea.

(2) Toate documentele necesare decontării se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

ART. 8 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului şi factură.

(2) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale

aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical, preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă şi bon fiscal sau, la cererea asiguratului, şi factură.

(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează, suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobată prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.

ART. 9 (1) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă nedeterminată se face de către casele de asigurări de sănătate, furnizorului, la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical, pe baza facturilor emise de furnizor.

Factura emisă de furnizor este însoţită de copia certificatului de garanţie, declaraţia privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele efectuate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, de confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului sau a aparţinătorului acestuia (membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal), cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal - CNP sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu sau închiriat şi primirea la domiciliu. Furnizorii de proteze auditive vor ataşa audiogramele efectuate atât înainte, cât şi după protezarea auditivă. Audiogramele conţin numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul acestuia, data şi locul efectuării, dovada calibrării / etalonării anuale a audiometrelor utilizate. Furnizorii de dispozitive de protezare stomii, incontinenţă urinară, fotolii rulante - care se acordă pe o perioadă determinată şi de aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa şi talonul lunar. În cazul închirierii unor dispozitive medicale care au fost utilizate, furnizorii

de fotolii rulante şi aparate pentru administrare continuă cu oxigen vor ataşa la prima facturare după închirierea dispozitivului medical şi dovada verificării tehnice.

(2) Decontarea în cazul protezărilor pentru membrul superior şi/sau inferior se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a documentului prin care eficacitatea actului de protezare este validată (confirmată) de medicul de specialitate. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(3) În cazul protezelor pentru membrul inferior, după o intervenţie chirurgicală, dacă asiguratul beneficiază înaintea protezării definitive, de o proteză provizorie, decontarea se face pentru acelaşi furnizor, cumulat pentru ambele etape de protezare, până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei. Pentru proteza provizorie valoarea decontată va fi până la nivelul preţului de referinţă valabil în momentul emiterii deciziei de procurare, iar valoarea decontată pentru proteza definitivă reprezintă valoarea rămasă până la nivelul de 125% al preţului de referinţă al protezei respective valabil în momentul emiterii deciziei de procurare a protezei definitive.

(4) Decontarea, în cazul protezelor auditive, se face după depunerea de către asigurat, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, a unui document de validare întocmit de către un medic de specialitate otorinolaringologie, pe baza raportului probei de protezare. Raportul probei de protezare cuprinde rezultatele testelor audiometriei protetice, realizate prin diferite metode (audiometrie tonală şi vocală în câmp liber etc.), efectuate înainte şi după protezare. În cazul în care asiguratul, unul din membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită de acesta sau reprezentantul legal al asiguratului, nu se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu acest document în termen de 15 zile lucrătoare de la ridicarea dispozitivului medical, casa de asigurări de sănătate va valida (va confirma) din oficiu protezarea respectivă.

(5) Decontarea dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinată se face de către casele de asigurări de sănătate, la nivelul sumei de închiriere valabilă în momentul emiterii deciziei de aprobare pentru închirierea dispozitivului medical pe baza facturilor emise de furnizorii cu care au încheiat contracte de furnizare de dispozitive medicale.

(6) Pe toată perioada de închiriere a dispozitivului medical, furnizorul, care rămâne proprietarul dispozitivului medical, va monitoriza utilizarea acestuia, având obligaţia ca în cazul recuperării dispozitivului după încetarea perioadei de închiriere la termen/înainte de termen să anunţe în termen de 15 zile lucrătoare casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract.

(7) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.

(8) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

ART. 10 Plata dispozitivelor medicale se face în contul furnizorului de dispozitive medicale nr. ..... deschis la Trezoreria statului sau contul nr. ..... deschis la Banca ....., la data de ..... .

ART. 11 Decontarea dispozitivelor medicale se face în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesare a fi depuse în vederea decontării.

Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora.

VII. Răspunderea contractuală

ART. 12 Pentru neîndeplinirea obligaţiilor contractuale partea în culpă datorează celeilalte părţi daune-interese.

VIII. Clauză specială

ART. 13 (1) Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită după data semnării contractului, şi care împiedică executarea acestuia, este considerată ca forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. Sunt considerate forţă majoră, în sensul acestei clauze, împrejurări ca: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo.

(2) Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv Municipiul Bucureşti prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore şi, de asemenea, de la încetarea acestui caz.

Dacă nu procedează la anunţarea în termenele prevăzute mai sus a începerii şi încetării cazului de forţă majoră, partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte părţi prin neanunţarea în termen.

(3) În cazul în care împrejurările care obligă la suspendarea executării prezentului contract se prelungesc pe o perioadă mai mare de 6 luni, fiecare parte poate cere rezoluţiunea contractului.

IX. Încetarea, rezilierea şi suspendarea contractului

ART. 14 Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării, următoarelor situaţii:

a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare a furnizorului de dispozitive medicale;

b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical emis de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;

d) la doua constatare a nerespectării în cursul unui an a oricăreia dintre obligaţiile contractuale prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k), l);

e) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligaţiile prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j);

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea dispozitivelor medicale raportate în vederea decontării şi cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate, precum şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

g) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.

ART. 15 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;

a2) încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului.

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 16 alin. (1) lit. d) cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului şi a retragerii avizului de funcţionare a acestuia;

(2) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate a incetat din motive imputabile furnizorilor, casele de asigurari de sanatate nu vor mai intra in relatii contractuale cu furnizorii respectivi pana la urmatorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data incetarii contractului.

(3) In cazul in care contractul dintre furnizori si casele de asigurari de sanatate se modifica prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane inregistrata/inregistrate in contractul incheiat cu casa de asigurari de sanatate si care desfasoara activitate sub incidenta acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurari de sanatate nu vor accepta inregistrarea in niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective pana la următorul termen de contractare, dar nu mai putin de 6 luni de la data modificarii contractului.

(4) Dupa reluarea relatiei contractuale, in cazul in care contractul inceteaza/se modifica din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin. (3), casele de asigurari de santate nu vor mai incheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta inregistrarea persoanelor prevazute la alin. (3) in contractele incheiate cu acesti furnizori sau cu alti furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la incetarea/modificarea contractului.

(5) In cazul in care furnizorii intra in relatii contractuale cu aceeasi casa de asigurari de sănatate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate in contract, prevederile alin. (2), (3) şi (4) se aplica in mod corespunzator pentru fiecare dintre sediile secundate / punctele de lucru.

ART. 16 (1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă cu data la care a intervenit una din următoarele situaţii:

a) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră dar nu mai mult de 6 luni sau până la data ajungerii la termen a contractului;

b) la solicitarea furnizorului, pentru motive obiective, pe bază de documente justificative prezentate casei de asigurări de sănătate;

c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidenţele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea

se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 111 alin. (1) lit. a), b) şi c) din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin H.G. nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 6 lit. p) cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestuia.

(2) Decontarea dispozitivelor medicale acordate conform contractelor încheiate se suspendă, dar nu mai mult de 1/3 din sumele lunare care urmează a fi decontate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluţionarea pe cale amiabilă a unor litigii între părţile contractante doar până la data la care contravaloarea acestora atinge valoarea concurentă a sumei care a făcut obiectul litigiului.

ART. 17 Situaţiile prevăzute la art. 14 şi art. 15 alin. (1) lit. a) şi c) se constată din oficiu de către casa de asigurări de sănătate prin organele sale abilitate sau la sesizarea oricărei persoane interesate. Situaţia prevăzută de art. 15 alin. (1) lit. d) se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile calendaristice înaintea datei de la care se doreşte încetarea contractului.

ART. 18 (1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. e), h) şi j), suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii se diminuează după cum urmează:

a) la prima constatare, cu 10%;

b) la a doua constatare, cu 20%;

c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 6 lit. a), b), c), d), g), i), k) şi l) se diminuează cu 30% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;

(3) Reţinerea sumei conform alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul casei de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

X. Corespondenţa

ART. 19 Corespondenţa legată de derularea prezentului contract se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor. Fiecare parte contractantă este obligată ca în termen de ~~3~~ 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezentul contract să notifice celeilalte părţi contractante schimbarea survenită.

XI. Modificarea contractului

ART. 20 Prezentul contract se poate modifica prin negociere şi acord bilateral, la iniţiativa oricărei părţi contractante, sub rezerva notificării scrise a intenţiei de modificare şi a propunerilor de modificare cu cel puţin ..... zile înaintea datei de la care se doreşte modificarea.

Modificarea se va face printr-un act adiţional semnat de ambele părţi care va constitui anexă la prezentul contract.

ART. 21 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

ART. 22 Dacă o clauză a acestui contract ar fi declarată nulă, celelalte prevederi ale contractului nu vor fi afectate de această nulitate. Părţile convin ca orice clauză declarată nulă să fie înlocuită printr-o altă clauză care să corespundă cât mai bine cu putinţă spiritului contractului.

XII. Soluţionarea litigiilor

ART. 23 (1) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea ori alte pretenţii decurgând din prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluţionare pe cale amiabilă.

(2) Litigiile nesoluţionate dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate conform alin. (1) se soluţionează de către Comisia de Arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanţele de judecată, după caz.

XIII. Alte clauze:

.....

.....

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE FURNIZOR DE DISPOZITIVE MEDICALE
Preşedinte - director general, Reprezentant legal,
....
Director executiv al Direcţiei economice,
.....
Director executiv al Direcţiei relaţii contractuale,
.....
Vizat
Juridic, Contencios
.....

ANEXA 1 la contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu nr. .....

Documentele pe baza cărora se încheie contractul de furnizare de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, depuse de furnizor la casa de asigurări de sănătate:

- Certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare sau, după caz, actul de înfiinţare nr. ..... conform prevederilor legale în vigoare.
- Codul unic de înregistrare nr. .....,
- Certificat de înscriere de menţiuni, cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate
- Contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau contul nr. ....., deschis la Banca .....,
- Dovada de evaluare pentru sediul social nr. ...../data .....valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada de evaluare pentru fiecare punct de lucru nr. ...../data ....., valabilă la data încheierii contractului;
- Certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emis/emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE emisă/emise de producător (traduse de un traducător autorizat), după caz .....,
- Avizul de funcţionare emis, după caz, de Ministerul Sănătăţii,
- Dovada de răspundere civilă în domeniul medical nr. ....., pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului;
- Dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi

care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului;

- Lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
- Dovada plăţii contribuţiei la Fondul pentru asigurări sociale de sănătate şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, efectuată conform prevederilor legale în vigoare
- Programul de lucru:
  - sediul social (după caz) .....
  - punctul de lucru .....
- Cerere / solicitare pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate nr. .....
- Copie după actul constitutiv
- Împuternicire legalizată nr. ..... pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz
- Copie buletin/carte de identitate a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia.

Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma “conform cu originalul” şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.

ANEXA 35
- model -

Casa de Asigurări de Sănătate .....

Decizia nr. ..... din data .....

Preşedintele - Director General al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Având în vedere:

- prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;

- prevederile H.G. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi prevederile Ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-Cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

Văzând cererea nr. ..... înregistrată la Casa de Asigurări de Sănătate ..... în data de ..... depusă de beneficiar, nume şi prenume ..... sau de împuternicitul acestuia (Nume, prenume, CNP, Adresă completă, telefon) ..... beneficiar domiciliat în ..... CNP ..... actul nr. ..... prin care se atestă calitatea acestuia de asigurat, prescripţia medicală pentru acordarea de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale eliberată de medicul specialist dr. ....., din unitatea sanitară ....., declaraţia pe proprie răspundere din care să rezulte că deficienţa organică sau funcţională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv;

În temeiul prevederilor Ordinului pentru numirea preşedintelui - director general al Casei de Asigurări de Sănătate nr. .....

DECIDE

ART. 1 Se aprobă procurarea/închirierea următorului dispozitiv medical destinat recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale

.....

.....

pe o perioadă de ..... termen de înlocuire de ..... pentru numitul ..... .

ART. 2 Preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/ă de către Casa de Asigurări de Sănătate ..... este: .....

ART. 3 Prezenta decizie are o valabilitate de ..... zile calendaristice de la data de .....

ART. 4 Prezenta decizie s-a întocmit în două exemplare, dintre care un exemplar pentru asigurat iar un exemplar rămâne la casa de asigurări de sănătate.

Dată azi ..... .

Preşedinte-Director General, Viza juridic - contencios

Viza CFP

DECIZIE VERSO

LISTA FURNIZORILOR DE DISPOZITIVE MEDICALE EVALUAŢI AFLAŢI ÎN RELAŢIE CONTRACTUALĂ CU CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

.....

CARE FURNIZEAZĂ/ÎNCHIRIAZĂ DISPOZITIVUL MEDICAL ..... TIP .....

Furnizor de dispozitive medicale	Adresă completă sediu social (adresă, telefon, fax, pagină web)	Adresă completă punct de lucru

1		
2		
...		

ANEXA 35A
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE PROCURARE DISPOZITIVE DE PROTEZARE STOMII ŞI INCONTINENŢĂ URINARĂ NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;

- CAS va ştampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;

- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;

- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;

- În cazul expedierii prin poştă a talonului, coloana C6 nu se completează, luându-se în considerare documentele ce confirmă expedierea prin poştă şi primirea la domiciliu;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 35B
- model -

ANEXĂ LA DECIZIA DE ÎNCHIRIERE A FOTOLIILOR RULANTE ŞI A APARATELOR PENTRU ADMINISTRAREA CONTINUĂ CU OXIGEN NR. ...../.....

- Prezenta anexă se predă împreună cu decizia;

- CAS va ştampila rubrica aferentă lunii/lunilor pentru care este valabilă decizia;

- Se începe completarea taloanelor de jos în sus;

- Asiguratul predă furnizorului decizia împreună cu talonul aferent lunii respective, urmând ca lunar să predea aceluiaşi furnizor şi celelalte taloane;

Nr. talon	Luna	Nume şi prenume CNP	Act identitate	Decizie nr./data	Data şi semnătura de primire a dispozitivului medical
C1	C2	C3	C4	C5	C6
3					
2					
1					

ANEXA 36
- model -

CONVENŢIE*)
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, formulare cu regim special, unice pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ..., judeţul/sectorul ....., tel./fax ....., reprezentată prin preşedinte - director general ....., şi

Medicul (nume, prenume) ..... CNP ..... cod parafă ..... Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. .../..... din cabinetul medical/unitatea sanitară ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în vederea recunoaşterii acestora în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 (1) Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice se face de către:

a) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi; cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învăţământ respectivă;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap; numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din serviciile publice specializate sau organismele private autorizate numai pentru copiii încredinţaţi ori daţi în plasament şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;

d) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;

e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

f) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti numai pentru elevi, respectiv studenţi, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere orodentar.

(2) Eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se face de către:

a) medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti, ;

b) medicii care acordă asistenţă medicală din căminele de bătrâni;

c) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap;

d) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

e) medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat.

(3) Eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice se face de către:

a) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică;

b) medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pentru radiografie dentară retroalveolară şi panoramică, pentru elevi, respectiv studenţi.

(4) Prin medicii/medicii dentişti din cabinete şcolare şi studenţeşti menţionaţi la alin. (1), (2) şi (3) se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, care sunt finanţate de la bugetul de stat.

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze medicii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţiile

medicale paraclinice şi/sau prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu;

b) să controleze medicii privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul prezentei convenţii;

c) să ţină evidenţe distincte ale formularelor de prescripţii medicale cu regim special, distribuite medicilor cu care a încheiat convenţii, precum şi a prescripţiilor medicale eliberate de aceştia;

d) să monitorizeze zilnic consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta conform criteriilor din sistemul informatic unic integrat;

e) să monitorizeze lunar serviciile medicale clinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii;

f) să monitorizeze lunar investigaţiile medicale paraclinice acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Medicii care eliberează biletele de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau care eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitoare la eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, a eliberării biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau a eliberării prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;

f) să furnizeze tratamentul adecvat şi să prescrie medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, conform specializării, în concordanţă cu diagnosticul;

g) să prescrie medicamente în următoarele condiţii:

- medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti prescriu medicamente în caz de urgenţă medicală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile, numai pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă; medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris;

- medicii de medicină dentară şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie;

- medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap pot prescrie medicamente numai pentru maximum 3 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie;

- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare, conform specializării şi numai ca o consecinţă a actului medical propriu;

- medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală, numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 3 zile.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România a medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberează prescripţii medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

c) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, anterior producerii acestora sau cel mai târziu la 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării;

d) refuzul medicului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală, potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

e) constatarea de prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguraţilor în tratamentul ambulatoriu, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul.

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) medicul nu mai desfăşoară activitate în cabinetul medical/unitatea sanitară din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz, a cabinetului medical/unităţii sanitare în care îşi desfăşoară activitatea medicul care a încheiat convenţia;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul medicului;

a5) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către medic sau de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei;

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2), a4) şi a5) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subcpt. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

```
    Casa de Asigurări de Sănătate
    Preşedinte - director general, .................          Medic
..............
          Vizat
    Juridic, contencios
```

---

*) Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice şi/sau eliberarea prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală.

Pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pentru medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor de urgenţă ce sunt finanţate din bugetul de stat, modelul de convenţie se va adapta în sensul încheierii convenţiei între casa de asigurări de sănătate şi unitatea sanitară în care îşi desfăşoară activitatea medicii din structurile anterior menţionate.

Pentru medicii din cabinetele medicale şcolare şi studenţeşti finanţate de la bugetul de stat, convenţia se încheie între casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi.

Medicii menţionaţi în prezenta anexă, încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 37
- model -

CONVENŢIE
privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti (recomandare de internare), formular cu regim special unic pe ţară

I. Părţile convenţiei

Casa de Asigurări de Sănătate ....., cu sediul în municipiul/oraşul ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon/fax ....., reprezentată prin preşedinte-director general .....,

şi

- Unitatea medico-socială ....., reprezentată prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

- Unitatea sanitară cu paturi ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., telefon ....., fax ....., reprezentat prin ....., având actul de înfiinţare sau de organizare nr. ....., autorizaţia sanitară de funcţionare nr. ....., dovada de evaluare nr. ....., codul unic de înregistrare ..... şi contul nr. ....., deschis la Trezoreria Statului, sau cont nr. ....., deschis la Banca ....., dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical atât pentru furnizor, cât şi pentru personalul medico-sanitar angajat în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, valabilă pe toată durata derulării convenţiei nr. .....

- Cabinet de medicina muncii ..... reprezentat prin ....., cu autorizaţie sanitară de funcţionare nr. ..... din ....., având sediul în municipiul/oraşul/comuna ....., str. ..... nr. ...., judeţul/sectorul ....., telefon .....

II. Obiectul convenţiei

ART. 1 Obiectul prezentei convenţii îl constituie eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti conform Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, şi normelor metodologice de aplicare a acestuia.

ART. 2 Eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti se face de către următorii medici:

A. Medicii din spital, respectiv:

a) medicii din dispensare TBC care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

b) medicii din laboratoarele de sănătate mintală, respectiv centrele de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

c) medicii din cabinetele de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

B. Medicii din unitatea medico-socială:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

C. Medicii din cabinetul de medicina muncii:

1. Medicul (nume, prenume) ....., CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

2. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

3. Medicul (nume, prenume) ..... CNP ....., cod parafă ....., Autorizaţia de liberă practică/Certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România nr. ...../.....

III. Prezenta convenţie este valabilă de la data încheierii până la 31 decembrie 2011.

IV. Obligaţiile părţilor

ART. 3 Casa de asigurări de sănătate are următoarele obligaţii:

a) să informeze spitalele, unităţile medico-sociale şi cabinetele de medicina muncii cu care încheie convenţii asupra condiţiilor în care medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi pot elibera bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti;

b) să monitorizeze lunar serviciile medicale spitaliceşti acordate pe baza biletelor de internare eliberate de medicii din unităţile medico-sociale, de medicii din cabinetele de medicina muncii şi de medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, cu care a încheiat convenţii.

ART. 4 Unităţile medico-sociale, cabinetele de medicina muncii şi furnizorii de servicii medicale spitaliceşti au următoarele obligaţii:

a) să respecte prevederile actelor normative referitor la eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

b) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi demnitatea şi intimitatea acestora;

c) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre orice modificare privind condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei;

d) să pună la dispoziţie organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti;

e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului;

f) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web.

V. Încetarea şi rezilierea convenţiei

ART. 5 Prezenta convenţie se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare a furnizorului, expirarea termenului de valabilitate a acesteia;

b) ridicarea de către organele în drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al medicului care eliberează bilete de trimitere pentru servicii medicale spitaliceşti; în situaţia în care convenţia cu unitatea medico-socială / cabinetul de medicina muncii / spitalul se încheie pentru mai mulţi medici, ridicarea de către organele de drept a autorizaţiei de liberă practică/certificatului de membru al Colegiului Medicilor din România a/al unui medic nu conduce la rezilierea convenţiei, ci doar la excluderea din convenţie a medicului respectiv;

c) nerespectarea obligaţiilor asumate prin prezenta convenţie, constatată cu ocazia controlului efectuat de casa de asigurări de sănătate;

d) neanunţarea casei de asigurări de sănătate cu privire la orice modificare în legătură cu condiţiile care au stat la baza încheierii convenţiei privind eliberarea biletelor de internare pentru servicii medicale spitaliceşti, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării;

e) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţie organelor de control documentele medicale primare care au stat la baza eliberării biletelor de internare potrivit prezentei convenţii, conform solicitării scrise a organelor de control în ceea ce priveşte documentele şi termenele de punere la dispoziţie a acestora;

ART. 6 Prezenta convenţie încetează cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii;

a1) furnizorul se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care a încheiat convenţie;

a2) încetare prin desfiinţare sau reprofilare, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) medicul renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România/Colegiului Medicilor Dentişti din România.

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a convenţiei de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

ART. 7 Situaţiile prevăzute la art. 5 şi la art. 6 lit. a) subpct. a2) se constată de către casa de asigurări de sănătate din oficiu, prin organele abilitate pentru efectuarea controlului sau la sesizarea oricărei persoane interesate.

Situaţia prevăzută la art. 6 lit. a) subpct. a1), se notifică casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 30 de zile înaintea datei de la care se doreşte încetarea convenţiei.

VI. Corespondenţa

ART. 8 Corespondenţa legată de derularea prezentei convenţii se efectuează în scris, prin scrisori recomandate cu confirmare de primire, prin fax sau direct la sediul părţilor.

Fiecare parte din convenţie este obligată ca, în termen de 5 zile lucrătoare din momentul în care intervin modificări ale datelor ce figurează în prezenta convenţie, să notifice celeilalte părţi schimbarea survenită.

VII. Modificarea convenţiei

ART. 9 În condiţiile apariţiei unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentei convenţii, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător.

Prezenta convenţie a fost încheiată astăzi ....., în două exemplare a câte ..... pagini fiecare, câte unul pentru fiecare parte din convenţie.

Casa de Asigurări de Sănătate Preşedinte - director general,	Unitatea medico-socială/ Unitate sanitară cu paturi/ Cabinet de medicina muncii Reprezentant legal
Vizat Juridic, contencios	

NOTĂ:

Modelul de convenţie se va adapta în funcţie de obiectul convenţiei, respectiv eliberarea biletelor de internare de către medicii din unităţile medico-sociale sau de către medicii din cabinetele de medicina muncii sau de către medicii din dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.

Pentru medicii menţionaţi în prezenta anexă se încheie convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care îşi desfăşoară activitatea medicii respectivi.

ANEXA 38
- MODEL -

Denumire Furnizor .....
Medic .....
Contract/convenţie nr. .....
CAS .....

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că ....., născut la data de ....., CNP ....., a fost consultat în serviciul nostru la data de .....&.....nr. F.O. / nr. din Registrul de consultaţii……

Motivele prezentării .....
.....

Diagnosticul:
.....
.....
.....
.....

Anamneza:
.....
- factori de risc .....
.....

Examen clinic:
- general .....
.....
- local .....
.....

Examene de laborator:
- cu valori normale .....
.....
- cu valori patologice .....
.....

Examene paraclinice:
EKG .....
ECO .....
Rx .....
Altele .....
.....

Tratament efectuat:
.....
.....
.....

Alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului:
.....
.....
.....

Tratament recomandat (în situaţia în care la externarea din spital se eliberează prescripţie medicală se va înscrie seria şi numărul acesteia):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(cu viza Unităţii judeţene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate judeţeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data .....

Semnătura şi parafa medicului
.....

Calea de transmitere:
- prin asigurat
- prin poştă .....

---

*) Scrisoarea medicală se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultaţia/serviciul, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

ANEXA 39 A

LISTA AFECŢIUNILOR CRONICE* PENTRU CARE SE ORGANIZEAZĂ EVIDENŢA DISTINCTĂ LA NIVELUL MEDICULUI DE FAMILIE,** MEDICULUI DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIU***

A. Afecţiuni incluse în Programele Naţionale de Sănătate:
1. Afecţiunile oncologice
2. Diabetul zaharat
3. Starea posttransplant
4. Bolile rare (mucoviscidoza, epidermoliza buloasă, scleroza laterală amiotrofică, sindrom Prader-Willi)
5. Insuficienţa renală cronică - dializă

B. Afecţiuni cronice pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS
1. Proceduri intervenţionale percutane numai după implantarea unei proteze endovasculare (stent) (G3)
2. Hepatita cronică de etiologie virală B, C şi D (G4)
3. Ciroza hepatică (G7)
4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice şi tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10)
5. Epilepsie (G11)
6. Boala Parkinson (G12)
7. Scleroza multiplă (G14)
8. Demenţe degenerative, vasculare, mixte (G16)
9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară şi tumori neuroendocrine) (G22)
10. Boala Gaucher (G29)
11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a)
12. Poliartrita reumatoidă (G31b)
13. Artropatia psoriazică (G31c)
14. Spondilita ankilozantă (G31d)
15. Artrita juvenilă (G31e)
16. Psoriazisul cronic sever (G31f)

C. Alte afectiuni cronice
1. Boală cronică de rinichi – fază de predializă (G25)

NOTĂ:

* În situaţia în care o persoană prezintă mai multe afecţiuni incluse în listă, evidenţa va conţine raportarea distinctă pentru fiecare afecţiune în parte;

** Evidenţa cuprinde toate persoanele care sunt înscrise pe lista medicului de familie şi care prezintă una sau mai multe din afecţiunile enumerate;

*** Evidenţa cuprinde toate persoanele monitorizate conform prevederilor legale în vigoare şi care se prezintă pentru consultaţie la medicul de specialitate respectiv, în vederea controlului periodic.

ANEXA 39 B
- MODEL -

Aviz,
Direcţia de Sănătate Publică .....
Director .....
Data .....

Denumirea furnizorului .....
.....
Sediul social/Adresa fiscală .....
.....

DECLARAŢIE DE PROGRAM

punct de lucru .....
.....

Subsemnatul(a), ... B.I./C.I. seria ....., nr. ....., în calitate de reprezentant legal, cunoscând că falsul în declaraţii se pedepseşte conform legii, declar pe propria răspundere că programul de lucru în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate ..... se desfăşoară astfel:

Locaţia unde se desfăşoară activitatea	Adresa	Program de lucru în contract cu casa de asigurări de sănătate						
		Luni	Marţi	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică	Sărbători legale
Sediu social									
Punct de lucru*									
.....									

* se va completa în funcţie de nr. de puncte de lucru ale furnizorului, în situaţia în care furnizorul are mai multe punte de lucru pentru care solicită încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, acestea se menţionează distinct cu programul de lucru aferent

Data
.....

Reprezentant legal
(semnătura şi ştampila)
.....

ANEXA 39 C
- MODEL -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE .....
Localitatea: .....
str. ..... nr. .... tel./fax .....

NOTIFICARE

Către:

Furnizorul ....., cu sediul în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., înregistrat la Registrul unic al cabinetelor medicale/Registrul Comerţului sub nr. ....., având cod de înregistrare fiscală - cod unic de înregistrare ....., tel./fax ....., cont nr. ..... deschis la ..... şi sediul punctului secundar de lucru în ....., str. ..... nr. ...., bl. ...., sc. ....., et. ...., ap. ....., sector/judeţ ....., tel./fax ....., reprezentat prin ..... în calitate de reprezentant legal.

Prin prezenta vă notificăm:

rezilierea	☐
încetarea	☐
suspendarea	☐

contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale/medicamente/dispozitive ..... cu nr. ...../..... începând cu data de ....., având în vedere: ..... (descrierea pe scurt a situaţiei de fapt) şi în temeiul dispoziţiilor art. nr. ..... din Contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012 , aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare, dispoziţiilor art. nr. ..... din anexa nr……. la Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. ..... pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1389/2010, cu modificările şi completările ulterioare.

PREŞEDINTE - DIRECTOR GENERAL,
.....

Director executiv al
Direcţiei economice,
.....

Director executiv al
Direcţiei relaţii contractuale
.....

Vizat
Juridic, contencios
.....

ANEXA 40

DISPOZIŢII GENERALE

1. Medicii de familie au obligaţia să editeze datele medicale minime ale asiguraţilor înscrişi pe lista proprie în cardul naţional de asigurări sociale de sănătate al acestora, la prima prezentare a asiguratului si ulterior sa actualizeze aceste date, odată cu implementarea cardului naţional.

2. Formularele cu regim special care se întocmesc în 3 exemplare – bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, biletele de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, biletele de internare, prescripţiile medicale vor avea inscripţionat codul de bare aferent seriei şi numărului formularelor respective.

3. Medicii care eliberează bilete de trimitere pentru ambulatoriul de specialitate clinic, bilete de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, bilete de internare, prescripţii medicale – formulare cu regim special pot să aplice pe aceste formulare cod de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar, codului de parafa al medicului si numarul contractului incheiat cu casa de asigurari de sanatate.

4. Toţi furnizorii care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deţină contract de service pentru aparatura din dotare, conform prevederilor legale în vigoare.

5. Documentele interne ale furnizorilor care atestă prezenţa la program pentru personalul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la aceştia, trebuie să fie în concordanţă cu programul de activitate depus la casele de asigurări de sănătate la momentul contractării.

6. În situaţia în care furnizorii utilizează un alt program informatic, acesta trebuie să fie compatibil Sistemul informatic unic integrat şi trebuie să fie avizat de Comisia de specialitate a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

7. Modelul de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice, paraclinice şi pentru internare se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

8. Formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate, pe care furnizorii au obligaţia să le completeze corect şi la zi includ şi evidenţele electronice ale bolnavilor cronici.

ORDIN Nr. 864/538 din 31 mai 2011
pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012
EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂŢII - Nr. 864
CASA NAŢIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE - Nr. 538
PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 384 din 1 iunie 2011

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A. 6.292 din 31 mai 2011 al Ministerului Sănătăţii şi nr. DG 2.065 din 31 mai 2011 al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 217 alin. (5) din titlul VIII "Asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea şi funcţionarea Ministerului Sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, cu modificările şi completările ulterioare,

ministrul sănătăţii şi preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 - 2012, prevăzute în anexele nr. 1 - 40*), care fac parte integrantă din prezentul ordin.

---

*) Anexele nr. 1 - 40 se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 bis, care se poate achiziţiona de la Centrul pentru relaţii cu publicul al Regiei Autonome "Monitorul Oficial", Bucureşti, şos. Panduri nr. 1.

ART. 2

Prevederile prezentului ordin intră în vigoare la data de 1 iunie 2011. De la această dată îşi încetează aplicabilitatea Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 şi 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările şi completările ulterioare.

ART. 3

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătăţii,
Cseke Attila

Preşedintele Casei Naţionale
de Asigurări de Sănătate,
Nicolae-Lucian Duţă